

phil漢方

No.41



リニューアル
特別座談会

これからの医療を支える
漢方を考える

リニューアル特別座談会 これからの医療を支える漢方を考える	3
証クリニック吉祥寺 院長／東邦大学医療センター大森病院 東洋医学科 客員講師 入江 祥史 金沢大学附属病院 特任准教授／耳鼻咽喉科・頭頸部外科・和漢診療外来 小川 恵子 熊本赤十字病院 総合内科 加島 雅之	
漢方薬理・最前線 小青竜湯 ①	9
名古屋市立大学大学院 薬学研究科 准教授 牧野 利明	
くすりプロムナード 甘草	12
長崎国際大学 薬学部 薬学科 薬品資源学 教授 正山 征洋	
処方解説・臨床のポイント 半夏瀉心湯	14
新宿海上ビル診療所 室賀 一宏 日本TCM研究所 安井 廣迪	
漢方臨床レポート	
アレルギー性鼻炎(花粉症)に対する 小青竜湯(EKT-19)の効果の検討	16
たなか耳鼻科・眼科クリニック 院長 田中 文顕	
イライラを主訴とする神経症(中間～実証) 15例に対する黄連解毒湯の効果	18
那須高原病院 篠崎 徹	
男性例に対する桂枝茯苓丸、加味逍遙散、 当帰芍薬散の使用経験	20
— 長期に改善をみない慢性疼痛性愁訴に対する漢方治療 — 慶應義塾大学医学部 救急医学 田島 康介	
プライマリケアにおける皮膚疾患の漢方治療	22
— 温清飲の活用 — あかざわクリニック(ペインクリニック・内科) 院長 赤澤 訓	
難治性痤瘡に対する十味敗毒湯(桜皮配合)の 短期治療	24
— 治療開始時からの増量投与による検討 — 野本真由美スキンケアクリニック 野本 真由美	
漢方BREAK 性差医療・女性外来・漢方	27
静風荘病院 天野 恵子	
TOPICS 生薬陳皮の薬理作用	28
— 神経保護作用を中心に — クラシエ製薬株式会社 漢方研究所 渡部 晋平、範本 文哲	
当院における漢方診療の実際 これからの日本人に必要な漢方薬は六君子湯	30
国家公務員共済組合連合会 東北公済病院 消化器内科 千葉 真美	

これからの医療を支える 漢方を考える



証クリニック吉祥寺 院長／
東邦大学医療センター 大森病院
東洋医学科 客員講師

入江 祥史 先生



金沢大学附属病院 特任准教授／
耳鼻咽喉科・頭頸部外科・
和漢診療外来

小川 恵子 先生



熊本赤十字病院 総合内科

加島 雅之 先生

phil漢方のリニューアル創刊を記念し、本号より特別対談のホスト役をお務めいただく入江祥史先生、小川恵子先生、加島雅之先生による座談会が開催された。西洋医学をベースとする現代医療に漢方医学を組み入れることにより独自の進化を遂げているわが国の医療における、漢方医学の現状と課題、そして今後の展望について幅広くご討論をいただいた。司会が入江祥史先生にお務めいただいた。

I 臨床現場における漢方治療の実態と問題点

入江 最近の調査結果を見ると、日常診療に漢方治療を取り入れている医師の割合が非常に高いことが報告されています。しかし、その多くは限られた漢方薬が使用されているのが現状ではないでしょうか。まず、臨床現場における漢方治療の実態と、現在の医療現場で抱える問題点から考えてみたいと思います。

小川 診療科によって状況は異なりますが、中でも漢方薬が多く使用されているのは、西洋医学的な治療手段がない

疾患、たとえば不定愁訴や更年期障害、自律神経失調症などです。また、こむら返りに対する使用頻度も高いようですが、これは芍薬甘草湯が一義的に処方されていると思います。

入江 「こむら返り＝芍薬甘草湯」という方程式があると、漢方に馴染みのない先生でも比較的使いやすいですね。

小川 漢方薬を使用される多くの先生には、「困っている時の漢方頼み」と「わかりやすい漢方薬を使う」という流れがあるようです。しかし、多くの先生は日常診療に漢方医学をどのように取り入れればよいか、どのように勉強すればよいかかわからないとおっしゃいます。勉強会に出席さ

これからの医療を支える
漢方を考える



入江 祥史 先生

1991年 大阪大学医学部 卒業
 1995年 大阪大学大学院 医学研究科 修了(医学博士)
 2000年 Harvard Medical School (Research Fellow)
 2002年 弘前大学医学部附属病院 老年科 助手
 2003年 慶應義塾大学医学部 東洋医学講座 助手/
 慶應義塾大学病院 漢方クリニック 医長
 2005年 慶應義塾大学医学部 漢方医学講座 非常勤講師
 2008年より現職
 2012年 東邦大学医療センター 大森病院
 東洋医学科 客員講師(兼任)

れても講師によってお話しされる概念が異なるため、混乱してしまうようです。その点で方程式がある漢方薬は比較的処方しやすいと思います。

入江 方程式は芍薬甘草湯の他にもいくつかあります。しかし、方程式に頼っているのは応用範囲が広がりませんね。

小川 かといって、漢方理論に基づく処方をしようとする、よくわからない、効果が得られない、というお声を聞きます。このような先生方に漢方診療の幅をさらに広げていただくためには、その橋渡し役が必要であり、その役割を担うのが漢方専門医だと思います。芍薬甘草湯以外の方程式を提唱することも必要ですし、漢方医学の概念をわかりやすく、かつ統一して提示することの必要性を感じています。

加島 限られた漢方薬のみを処方している先生が多いことの要因には、漢方医学のトレーニングをきちんと受けた指導的立場の医師が臨床現場に不足していることも挙げられます。また、EBM(Evidence-based Medicine)に縛られる傾向にありますので、漢方薬のようなエビデンスが少ないものを取り入れることに躊躇されているのではないかと思います。エビデンスももちろん重要ですが、たとえば、多くの漢方専門医の経験知を集積した「まずは試してみるとよい漢方マニュアル」のようなものが広く発信さ

れることが必要です。そして、マニュアルどおりに処方しても効果が不十分であれば漢方専門医にご紹介いただく、このようなシステムがあってもよいと思います。

入江 方程式は必要、でも方程式に縛られてはいけない、そのバランスが取れていないのが現状なのでしょうね。その他の問題点として、漢方薬を西洋医学の“おまけ”として処方すると患者さんの受けがよい、というような認識で漢方薬を病名投与されているケースも多いのではないのでしょうか。もっと漢方医学の裾野を広げる必要があると思いますし、一般臨床医では治療に難渋するような患者さんを漢方専門医が診るといったシステムの構築も、基本診療科のsubspecialityとして必要だと思います。



漢方医学の教育はどうあるべきか

入江 漢方医学の裾野を広げるためには、教育の問題も考える必要があります。

加島 卒前教育に漢方医学が組み入れられたことは素晴らしいことですが、一方で、なぜ現代医療の中で漢方医学が必要なかが明確にされないまま教育されていることが問題として挙げられると思います。私は、西洋医学と全く異なる漢方医学の概念が、今まで捉えられていなかった生理学的、または病態分析の方法論を見出す可能性を秘めている、すなわち、西洋医学の壁を越える手段を与えてくれると考えていますし、そこに漢方医学の大きな必要性を感じます。「この領域ではこのような使い方ができる」ということを議論した上で漢方医学の普及に努めるべきではないのでしょうか。もう一つは、漢方医学の全体像を俯瞰した教育システムが構築されていないことが挙げられます。何をどこまで教えるかということを確認する必要があります。

入江 まずは、なぜ漢方医学が必要なかを教えることが必要ということですね。

加島 さらに卒後については、少なくとも初期研修医に対する漢方医学教育は必要ないと思います。西洋医学は日々着実に進歩していますから、それに伴って漢方医学のニーズも変化します。西洋医学でどの程度まで治療できるかを臨床医として感覚的に理解できるようになってから、漢方医学を勉強すればよいと思います。

小川 おっしゃるように、きちんと専門領域の勉強をしてから漢方医学を勉強すれば、その存在意義がより理解できると思います。

入江 小川先生は実際に大学で漢方医学教育に携わって

**表 医学教育モデル・コア・カリキュラム
—教育内容ガイドライン(案)—
基本的診療知識「和漢薬を概説できる」**

E 診療の基本

2. 基本的診療知識

● **和漢薬治療**

一般目標

- 診療に必要な和漢薬治療の基本(漢方医学の基本概念、診察方法、漢方処方法の運用)を学ぶ
- 全人的視野を養い、和漢薬を含めた患者のための最良の治療指針を選択できる

到達目標

- 漢方医学の特徴・基本的概念を説明できる(気・血・水、陰陽・虚実、表裏・寒熱を理解する)
- 漢方医学と西洋医学の基本的相違を説明できる
- 漢方医学の診断方法を説明できる(四診(望診・聞診・問診・切診)を理解する)
- 漢方医学の「証」について説明できる(随証治療を理解する)
- 漢方方剤の構成、薬理作用、適応症を説明できる
- 漢方処方法の代表的副作用や使用上の注意事項を説明できる
- 漢方医学のEBMと東西医学の統合について概説できる

寺澤捷年、嶋田 豊: 科学研究費補助金研究成果報告書, 2004.

おられますが、いかがですか。

小川 寺澤捷年先生のご尽力で今ではすべての医学部で漢方教育が必修となっています。各大学では漢方医学教育に腐心されているようですが、加島先生がおっしゃったような内容にはなっていないと思います。「医学教育モデル・コア・カリキュラム(以下、カリキュラム)」(表)は非常に練られた内容になっていますので、これに沿って教育されていれば良いのですが、それができていないところも少なくないように思います。

入江 カリキュラムに沿って説明できる教官が少ないこともあると思います。また、一人の教官がシリーズで体系的に教えることができればよいのですが、ご自身の専門分野に限定して講義されてしまうことも多いようです。

小川 基本概念を教官間で共有した上で、各パートを分担されていればよいのですが、前提となる基本概念があいまいなままご自身の得意分野だけを講義されているようなら、学生は漢方医学が何かということも理解しないままに終わってしまいます。さらに、カリキュラムに「全人的視野を養い、和漢薬を含めた患者のための最良の治療指針を選択できる」という記載があります。傾聴や五感を重視するといった部分が今後、医師には必ず求められますので、診察方法もおろそかにはできませんが、現状ではそこまでの教育は難しいと思います。もう一つ重要なことは、用語の統一だと思います。

入江 私も東邦大学で講義をしていますが、医師として診

療に携わるようになってから、興味が向いたときに「そういえば漢方があったな」と思うことができるきっかけを与えるために、漢方医学とは何か、ということを漠然と理解するだけでもよいように思っています。もう一つは、優秀な人材を漢方界に誘うための教育システムが必要であると思います。いきなり漢方理論や古典から導入するのではなく、現代医学的・科学的なアプローチの方が実感がわくはずです。そのような教育システムによって漢方医学の魅力を伝え、これから漢方医学を勉強したいという希望者を挫けさせないような教育が必要だと思えます。

一方、臨床現場である程度経験を積んだ若い先生に対しては、学生に対するそれとは目的が異なりますので、高度な内容を教育する漢方専門医コースを設置するなど、初心者向けと専門医を目指す医師向けの2段階の教育システムも必要ではないかと思えます。

加島 漢方診療を目的に患者さんをご紹介いただくことがありますが、漢方薬に期待する効果に若干、イメージのずれを感じます。漢方医学ができることの可能性を教育する必要があると思えます。

小川 漢方診療を実践する上では、西洋医学を一生懸命に勉強され、専門分野を持っていた方がより漢方薬の良さを実感できると思います。私自身も自分の専門分野で困ったときに漢方薬に助けられたという経験があります。



小川 恵子 先生

1997年 名古屋大学医学部 卒業
 2004年 名古屋大学大学院 医学研究科 修了(医学博士)
 同 年 名古屋第二赤十字病院 小児外科
 2005年 あいち小児保健医療総合センター 医長
 2006年 あきば伝統医学クリニック
 2007年 千葉大学医学部附属病院 和漢診療科 医員
 2011年より現職

これからの医療を支える 漢方を考える



加島 雅之 先生

2002年 宮崎医科大学 医学部(現:宮崎大学医学部) 卒業
同 年 熊本大学医学部 総合診療部 入局
2004年 沖縄県立中部病院 総合内科 国内留学
2005年より現職
2006年 亀田総合病院 感染症科 国内留学

入江 きちんと西洋医学を勉強し、それに加えて漢方医学を勉強することが大事だということですね。



III 漢方医学のグローバル化に向けて 何が必要か

入江 国内に限らず海外においても漢方医学への関心が高まっています。一方で、伝統医学の世界標準化への動きも、わが国にとっては大きな問題です。

小川 やはり国を挙げて、日本独自の伝統医学である漢方医学をもっと保護・発展させる努力が必要だと思います。中国や韓国は国家主導で自国の伝統医学のグローバル化に向けて動いているのに日本は行政の関与が無く、あらゆる面で太刀打ちできないのが現状です。医師や医療従事者が日本の漢方医学が抱えている問題や国際的な位置づけを知る必要がありますし、関連学会からの情報発信も必要だと思います。

入江 漢方関係者に向けた内向きな情報発信になっているということでしょうか。

小川 まず必要なのは、国内でのグローバル化です。たとえば、日本東洋医学会で発表するだけでなく専門とされている領域の学会や英文雑誌に積極的に漢方薬に関する発表をしていただくといったことも重要です。そのような地道なことから始めることで、国内でのグローバル化が進

み、そして国際化も進む、さらに国全体が動くという図式が成り立つのではないかと思います。

入江 手順をしっかりと踏むこと、その第一歩として国内のグローバル化が重要ですね。

加島 日本の漢方医学の特徴と構造を多くの医師に理解していただく必要がありますし、そのためには、他国の伝統医学を知らないとその違いがわかりません。ですから、日本の漢方医学の立ち位置を理解するための勉強が必要だと思っています。関連学会で漢方のグローバル化に関するセッションを持つのもよいですし、日本の漢方医学の特徴や可能性をさらに広報することも必要ではないでしょうか。日本では一つの医師免許で西洋薬も漢方薬も処方できるので、西洋医学に精通した医師が漢方医学をどのように応用するかという視点から日本の漢方の優位性を広報することや、さらに、漢方医学を診断技術やエビデンスと優れた品質の漢方製剤のパッケージとして海外に売り出すシステムがあってもよいと思います。

入江 漢方医学を少しでも理解していただける方を行政に増やすようなアプローチも必要ですね。私も先ほどの小川先生のご発言と同感で、やはりグローバル化の前に国内でまず漢方界が一致団結して、一つにまとまる必要があると思います。また、中国や韓国の医師から高い評価を受けている日本の漢方薬の水準の高さを利して、日本は技術を提供し、中国は原料と古典を提供するというように役割分担してもよいと考えます。



IV 漢方薬の研究はどうあるべきか

入江 漢方医学が国内で確実に定着し、さらに国際的にも定着するためには、漢方薬の基礎研究・臨床研究も重要です。まず、基礎研究についてはいかがでしょうか。

加島 古典的な方法論、いわゆる「ふりかけ」実験に固執すべきでないと思います。漢方の研究が新薬開発を目標として進められることも大事ですが、やはり臨床において再現性のある、臨床現場で実感する臨床効果を証明するような生体環境に近い実験系の確立が必要ですし、そのようなデータが広く公表されるように、論文の受け皿になるジャーナルも必要だと思います。

小川 同感です。それと、漢方薬という複合系の薬剤の良さを見出すためには、ドイツの研究がそうであるように代謝産物の研究をするなど発想の転換も必要だと思います。漢方医学に限ったことではありませんが、やはり臨床のニーズと一致していることが重要ですので、基礎研究者と

の密なコミュニケーションも必要ですね。

入江 漢方薬を複雑系のままで検討していると、なにか怪しきだけがつきまとうようにも思いますので、それを払拭するためには薬効と成分の関係を徹底解明していくことが必要ですね。さらに診断法の科学的な研究による客観的な評価も必要だと思っています。臨床研究についてはいかがですか。

小川 薬理的な側面だけでなく、生理学的な反応を見ることも必要です。人体での反応を見る漢方の診断法は、生理学的に説明できると思います。入江先生のお話にあったように漢方医学における診断法の科学的検討の必要性和可能性を感じています。

入江 漢方医学を科学としても評価できることをお示ししたいと思っています。漢方は絶好の Translational Research の材料であって、基礎研究には魅力がたくさんあると思っています。

加島 ただ、漢方医学の概念が明確化されないと、それを評価することはできないと思うのですが、そのあたりがまだ曖昧のように思います。また、漢方の診断的な考え方が西洋医学の診断と本質的にどれくらい異なるのかということも見直す必要があると思っています。臨床試験では、一つの処方があるかどうかということのみ検討されていますが、さらに証のモデルを考慮した試験や、ある処方が無効なときに、他の処方への切り替えや追加を行うストラテジー全体を評価する試験が必要だと思います。

入江 重要なことですね。実際の漢方治療を反映した臨床研究が必要です。



漢方薬の資源問題について

入江 昨今の漢方界において、生薬の安定供給も大きな問題です。この点についても触れておきたいと思っています。

小川 原料の調達を中国に依存していることが問題ですので、国産化も含めた栽培地の分散や、生薬を修治するなどして有効利用できないか、というようなことも考えていく必要があると思います。

入江 代替植物も含めてということですか。

小川 代替植物もそうですし、剤形を変えること、たとえば刻みを粉末にすることで使用量を減らすなども考えられないでしょうか。いずれにしても、この問題は早急に取り組まなければならない問題だと思います。来年、第30回和漢医薬学会学術大会(2013年8月31日～9月1日、大会長：御影雅幸先生)が金沢で開催されますが、漢方の

図 第30回 和漢医薬学会学術大会

第30回 和漢医薬学会学術大会
The 30th Annual Meeting of Medical and Pharmaceutical Society for WAKAN-YAKU
テーマ:多様性と漢方

開催のご案内 (予告)
会期 平成25年8月31日(土)、9月1日(日)
会場 金沢大学自然科学大講義棟他(奥野キャンパス)
大会長 御影雅幸(金沢大学医薬保健研究域薬学系教授)
実行委員長 小川恵子(金沢大学附属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科和漢診療科准准教授)
主催 和漢医薬学会

特別講演、シンポジウム、病院薬剤師のための漢方講座、
市民公開講座、一般演題(口頭、ポスター)、特別企画他。

演題募集期間(予定) 平成25年3月中旬～5月上旬

お問い合わせ先
第30回和漢医薬学会学術大会事務局
金沢大学医薬保健研究域薬学系
資源生薬学研究室
事務局長 佐々木陽平
〒920-1192 石川県金沢市角間町
TEL/FAX: 076-234-4491

和漢医薬学会への入会申し込み・お問い合わせ先
和漢医薬学会事務局
富山大学和漢医薬学総合研究所内
〒930-0194 富山市杉野2630
TEL: 076-434-7635
FAX: 076-434-5062
E-mail: info@wakan-yakugyo.jp

多様性をテーマに、生薬資源問題についてもシンポジウムで扱う予定にしていますので、幅広い議論を期待しています(図)。

加島 さらに直近の課題としては、最大の供給源である中国に対し、日本に生薬を供給することが、より多くの市場を獲得することにつながることに気づかせ、優先的に安定した生薬供給を行うべき相手とみなせるようにすることが重要ではないかと思っています。つまり、中国が生薬を世界に売るためには日本の方法論を適用すればよいという、Win-Winな関係を構築するのです。先ほどの入江先生のお話にもありましたように、中国に対して日本からパッケージとして日本の漢方医学を導出することもよいのではないかと思います。

入江 日本の製剤技術は中国でも高く評価されていますので、そのようなアドバンテージも有効利用すればよいですね。

加島 日本人は中国文化も西洋文化も受け入れてきましたから、どちらもトランスレーションできます。その日本人が中国由来の医学を世界に発信できるということを中国に伝えることで、さらに中国と良好な関係構築につながればよいと思います。

入江 この問題は簡単には結論が出ないと思います。国内

これからの医療を支える 漢方を考える

自給についても難しい面があるようですので、成分を大豆などに合成させるといったバイオ漢方薬や、成分を集めて人工的に漢方薬を作る合成漢方薬などの検討も必要かもしれません。



これから漢方治療に取り組もうとされる医師へ

入江 最後に、われわれから読者の諸先生に、またこれから漢方治療に取り組もうとされる医師に対して是非、メッセージを発信しましょう。

加島 西洋医学では対応が難しい患者さんに対して、あるいは西洋医学の根幹にかかわるような疾患に対して、漢方医学は有効なツールであり、医学全体に対して提言できる可能性がある医学体系だと思います。

入江 加島先生は救急医療にも携わっておられますが、先生の講演や論文は、西洋医学と東洋医学を同じ土俵で語っていますので、漢方に精通されていない医師にもすんなりとご理解いただけるような内容だと思います。

小川 漢方医学は臨床現場で強い武器になりますので、是非、身につけていただきたいと思います。漢方医学は複雑なところもありますので、漢方医学を真剣に学ぶ際には、一つの軸をしっかり決めていただくことをお勧めします。たとえばある書籍を精読する、ある一人の医師について学ぶ等です。そうすることによって流派による概念の違いなどの混乱を整理でき、理解が容易になることを私自身が経験しました。また、女性医師の立場から女性医師に対しては、たとえば産休などで診療の現場からしばらく離れたときに、今まで自分がやってきたことを俯瞰する機会もあると思います。そのようなときに是非、漢方医学を勉強していただきたいと思います。個人的な感覚で恐縮ですが、女性医師は傾聴が比較的得意ではないかと思ったり、漢方治療を希望される患者さんは女性が多いので、女性としての特性を活かせる、女性医師にお勧めできる分野ではないかと思ったりします。しかもせっかく始められるなら、中途半端ではなく、しっかりと勉強していただきたいと思ったりします。

入江 軸を決めて徹底的にやりましょう、ということですね。私も本屋さんで偶然見つけた花輪壽彦先生の本を熟読したところから漢方の勉強を始めました。まずはたくさんの流派の中からご自身にとって最も近いと思われる軸の一つを選び、そこから一歩踏み出すことが重要だと思います。もう一つ、加島先生も言われたように、漢方医学を勉強していただく以前に、西洋医学をきちんと勉強することも重要です。「外国語の学習は母国語を超えられない」、た

とえば日本人は英語をいくら勉強しても日本語のレベルを超えることはできません。まずは母国語をしっかり勉強しなければなりません。医師にとって医学の母国語は西洋医学ですから、西洋医学をきちんと勉強して、それから漢方の勉強をされることをお勧めします。すでに漢方医学を取り入れられている場合には、常に東西両面の思考を持つ「二刀流の思考」が必要だと思います。

加島 また、教えるときにはじめから「漢方医学は多様だ」ということを言うておくとういと思っています。

入江 最大公約数のようなものでしょうか。

加島 なぜそのような概念なのか、というだけでもよいと思います。

入江 誰かが手がけなければいけないですね。多様性を受け入れるために、あえて何か一つの俯瞰するものを設置する、だからこそ多様性が生きてくるということを理解すれば、皆さんも納得されるのではないのでしょうか。

小川 入江先生がおっしゃった東西両面の思考を持つことは非常に重要なことだと思います。そうすることで、西洋医学中心の医師にも信頼していただけるのではないのでしょうか。

入江 本来ならば西洋医学的治療を急いで行うべき患者さんに、漫然と漢方治療をされているようなケースを診たことがあります。患者さんのことを考えても、東西両面の思考を持つことは大切なことだと思います。

小川 日本は一人の医師が西洋と東洋の両方の医学を使いこなせる環境にあるわけですから、どちらかに偏るのではなく、患者さんにとって最良の選択肢を提供することが重要だと思います。

加島 私は西洋医から患者が紹介されてきた場合、患者を完全に引き取ってしまうのではなく、その医師と共診するようにしています。そうすることで、西洋医の先生には、漢方治療を組み入れることでさらによくなったと実感していただくことができるように努めています。

入江 漢方治療のために紹介された患者さんがよくなれば、それを紹介していただいた西洋医学の先生にフィードバックすることも大事です。若い先生、また漢方医学に興味のある先生には是非、この多様な世界にお越しいただき、その良さを実感していただきたいと思ったりします。漢方医学を組み入れることで、先生だけでなく患者さんにも幸多い結果が得られると思ったりします。

本日は、多岐にわたるテーマについて検討しましたが、西洋医学を補完することができる漢方医学をもっと広めていきたいと思ったりしましたし、われわれもさらに研鑽を積んで、腕を磨きたいと思ったりします。ありがとうございました。

小青竜湯 ①

名古屋市立大学大学院 薬学研究科 准教授 牧野 利明

本連載を開始するにあたって

漢方処方、基本的には漢方医学における診断方法である「証」に基づいて使用することが原則である。しかし、漢方処方「証」は、現代科学の立場からは非常にあいまいで抽象的であることから、これまで多くの研究者たちがそれを科学的解明する試みを行ってきている。すなわち、漢方処方のクスリとしての作用のうち漢方医学(伝統医学)的な側面に相当する「薬能」を、現代科学における「薬理」に翻訳する試みである。もし、漢方処方の生体への作用をすべて「薬理」で説明することが出来るようになれば、もはや漢方医学における「証」は不要となり、とくに漢方医学を学ばなくても漢方処方を使用できることになる。また、その一部でも「薬理」で説明することが出来れば、漢方処方が生体に対してどのようなメカニズムにより作用しているのかは格段に理解しやすくなる。

本連載では、掲載時までには明らかになっている漢方処方の薬理に関する情報をまとめ、レビューしていくものである。そのような試みは、かつては臨床情報センター社が発行している『漢方医学』誌において、現日本薬科大学学長の丁宗鐵先生、現昭和大学薬学部教授の鳥居塚和生先生が1995年から連載されていた「方剤薬理シリーズ」があり、その内容をまとめた『モノグラフ漢方方剤の薬効・薬理』が2009年に医歯薬出版社から発行されている¹⁾。本連載では、両先生がまとめられた医薬品情報に、さらに新しいものを追加し、この間の学問の進歩を含めた形で現場の先生方に情報提供していきたいと考えている。

漢方薬の薬理に関する情報を医療へ応用する時に注意しなければならないのは、どのような研究方法によりその情報が得られたか正しく把握することである。臨床薬理研究においては倫理委員会等で計画段階から審査を受けるため、臨床に適用出来ない成果は考えにくい。基礎薬理実験においては、実験動物に対する漢方処方の投与量と投与経路が、臨床と比較してあまりにもかけ離れていて、そのままでは臨床には下ろせないものも多い。実験動物では薬物の代謝・排泄速度がヒトよりも早いため、たいていの薬物の場合(西洋薬の場合でも)、臨床使用量の10倍程度を投与してようやくヒトと同等の薬理作用が現れるが、例えばヒトの100倍量を実験動物に投与して得られた「薬理」、消化管膜をそのままの状態では透過しない高分子化合物や、消化管内で代謝されアグリコンとなってから吸収される配糖体を含む漢方処方を、培養細胞や摘出臓器に対して直接投与する*in vitro*試験(いわゆる「ふりかけ実験」)による「薬理」、日本では認められていないエタノールや超臨界CO₂で生薬を抽出し、水で煎じたものと比較して

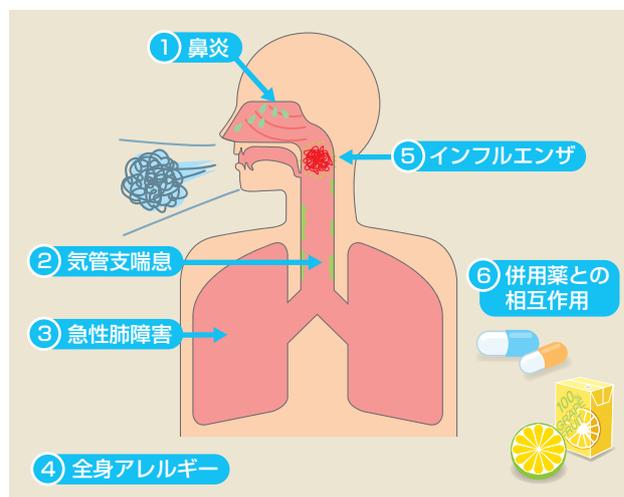
脂溶性の高い化合物を多く含む状態のものを用いて得られた「薬理」などは、とても臨床に適用出来るものではない。そこで、本連載で紹介する基礎薬理については、日本での生薬の利用方法と同じもの(散剤、丸剤以外は生薬の熱水抽出エキスのみ)を、実験動物に対して体重換算でヒト常用量の25倍以下の量を経口投与して得られた結果についてのみ、*in vitro*試験については消化管上皮細胞を用いたものなど臨床において実際に起こりうるケースのみを紹介する。また、レビューするに当たり、論文に述べられている結果、結論だけでなく、実験方法(とくに薬物の由来と投与量、投与経路)も記載することで、読者自身でその内容についてどこまでが臨床へ応用出来るかを考えられるような資料としたい。

はじめに(図1)

小青竜湯は、適応に気管支喘息、鼻炎、アレルギー性鼻炎、感冒が含まれており、呼吸器系疾患に使用されることの多い処方である。臨床試験でも、通年性鼻アレルギー患者に対して小青竜湯の改善作用が認められた二重盲検ランダム化比較試験²⁾、気管支炎患者に対する小青竜湯の改善が認められた二重盲検ランダム化比較試験³⁾など、その有用性に関するエビデンスが集積してきている。

丁による「方剤薬理シリーズ」では1995年2月に小青竜湯が取り上げられ⁴⁾、その後の『モノグラフ漢方方剤の薬効・薬理』¹⁾でもそれ以降の情報は追加されていない。そこで本稿では、それ以降に報告された小青竜湯の薬理作用発現メカニズムについて、現在までに明らかになっていることをまとめていく。

図1 小青竜湯について研究された薬理テーマ



1. アレルギー性鼻炎モデル

Sakaguchiらは、ジニトロフェニル化ブタ回虫抗原 (DNP-As) を用いたモルモットアレルギー性鼻炎モデルにおける小青竜湯の作用を報告している⁵⁾。水酸化アルミニウムゲルに吸着させたDNP-Asをモルモット腹腔内に2週間ごとに4回注射して感作させ、さらにその2週間後にエアロゾル化したDNP-Asを鼻腔から吸入させた。医療用小青竜湯エキス製剤の原末 (以下、小青竜湯エキス原末) を1.0g/kg (ヒト常用量の約10倍量)、抗原吸入の1時間前に経口投与した。DNP-As抗原の吸入により、鼻掻き回数の増加、鼻腔粘膜の血管透過の増加、鼻腔体積の減少、鼻腔粘膜への好酸球の浸潤が誘導されたが、小青竜湯の投与によりそれぞれ有意に抑制された。

Ikedaらは、卵白アルブミン (OVA) をマウスに感作させることによるアレルギー性鼻炎症状に対する小青竜湯の作用を報告している⁶⁾。酸化アルミニウムゲルに吸着させたOVAを、実験開始当日、7日目、14日目の計3回、マウスに腹腔内投与し、21日目と28日目にはマウスの鼻腔内に投与して、アレルギー性鼻炎モデルとした。小青竜湯エキス原末は、0.5gおよび1.0g/kg/日 (ヒト常用量の約5倍および10倍量) の投与量で、28日間、1日1回、経口投与した。最終OVA投与後10分間のクシャミの回数は、OVA非投与の正常群で5回が、OVA処置したコントロール群では36回に増加し、小青竜湯1.0g/kg投与群では23回まで有意に減少していた。血液中の全IgEおよびOVA特異的IgEの濃度は、小青竜湯投与により用量依存的に有意に減少していた。実験後のマウスから脾臓細胞を摘出し、OVAと共に培養すると、コントロール群マウスからの脾臓細胞では正常群マウスと比較して培地中のインターロイキン-4 (IL-4) 濃度が有意に増加していたが、小青竜湯投与群からの脾臓細胞では用量依存的に抑制されていた。培地中のインターフェロン- γ (IFN- γ) の濃度は、各群で差は認められなかった。脾臓細胞に含まれるリンパ球の組成をフローサイトメトリーで解析したところ、コントロール群ではCD86+MHC II⁺細胞とCD28+CD40⁺T細胞の割合が有意

に増加していたが、小青竜湯投与群ではそれらが抑制されていた。以上のことから、小青竜湯は抗原提示CD4⁺T細胞と抗原間の相互作用が起こる段階で、Th2反応を抑制することにより、抗アレルギー作用を示したと推測された。

Dasらは、ポリウレタンの原料で職業性喘息の起因物質であるトルエン2,4-ジイソシアネート (TDI) をラットに作用させて発症させたアレルギー性鼻炎モデルに対する小青竜湯の作用を報告している⁷⁾。TDIをラットの両鼻腔に1日1回5日間連続滴下して感作させ、2日間の休薬後、さらに5日連続してTDIを滴下して感作を増強させた。その9日後にTDIを再び作用させ、鼻アレルギーモデルとした。このモデルに対して、小青竜湯エキス原末を0.6g/匹/日 (ヒト常用量の約24倍量) の投与量で、TDI処置を開始してから21日間、1日1回、TDI処置の1時間前に経口投与した。最終TDI処置直後10分間のクシャミ回数を評価したところ、TDI無処置の正常群では0回、TDA処置したコントロール群では29回であったが、小青竜湯投与群では7.7回と有意に抑制されていた。鼻腔粘膜からmRNAを調製し、リアルタイムPCR法により各種mRNA発現量を定量したところ、TDI処置群で増加していたヒスタミンH₁受容体 (H1R)、ヒスチジンデカルボキシラーゼ (HDC)、IL-4、IL-5の各mRNA発現量が、小青竜湯投与群で有意に減少していた。一方、IL-13mRNA発現量は不変であった。

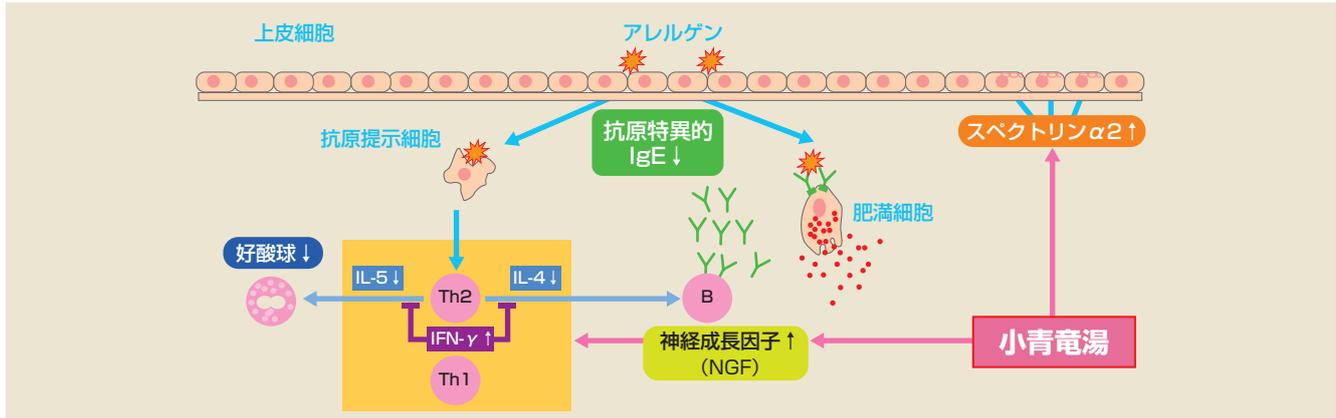
また、時田らは、同モデルに対する小青竜湯の作用をさらに実験した⁸⁾。鼻アレルギーモデルラットに小青竜湯エキス原末を1%、3%の濃度 (ヒト常用量の約10倍、30倍に相当) で混合した飼料を用いて飼育したとき、増加した鼻洗浄液中のサブスタンスP (SP)、カルシトニン遺伝子関連ペプチド (CGRP)、神経成長因子 (NGF) が、小青竜湯の投与により有意に減少していた、と報告している。このことから、小青竜湯の鼻アレルギー抑制作用の機序として、鼻粘膜におけるヒスタミン生合成の抑制、サイトカインネットワークの抑制と神経ペプチドの関与が示唆された。



表 各種モデル動物に対する小青竜湯の投与試験結果(まとめ)

	著者	使用動物	感作物質	小青竜湯エキス投与量 (一番高用量のみ記載)	小青竜湯投与による結果 (一部抜粋)
アレルギー性鼻炎モデル	Sakaguchi ⁵⁾	Hartleyモルモット(♂) (体重200~300g, n=8~13)	ジニトロフェニル化ブタ回虫抗原 (DNP-As)	1.0 g/kg 単回経口投与	鼻掻き回数(↓) 鼻腔粘膜の血管透過(↓) 鼻腔体積(↑) 鼻腔粘膜への好酸球浸潤(↓)
	Ikeda ⁶⁾	Balb/cマウス(♀) (6週齢, n=3~5)	卵白アルブミン (OVA)	1.0 g/kg/day 連続経口投与 (28日間)	クシャミ回数(↓) 血清中全IgE濃度(↓) OVA特異的IgE濃度(↓) 脾臓細胞からのIL-4産生(↓) Th2反応(↓)
	Das ⁷⁾	BNラット(♂) (6週齢, n=4)	トルエン2,4-ジイソシアネート (TDI)	0.6 g/匹/day 連続経口投与 (21日間)	クシャミ回数(↓) 鼻腔粘膜mRNA (H1R, HDC, IL-4, IL-5) 発現量(↓)
	時田 ⁸⁾	SDラット(♂) (6週齢, n=7~8)	トルエン2,4-ジイソシアネート (TDI)	3% 混合飼料投与 (22日間)	鼻洗浄液中神経ペプチド (SP, CGRP, NGF) 濃度(↓)
気管支喘息モデル	Nagai ⁹⁾	Balb/cマウス(♀) (6週齢, n=7~10)	卵白アルブミン (OVA)	0.5 g/kg 連続経口投与 (6日間)	BALF中 OVA特異的IgE濃度(↓) IL-4濃度(↓)、IFN- γ 濃度(↑) NGF濃度(↑↑) 肺組織中 IL-4、IL-5濃度(↓) IFN- γ 濃度(↑)、NGF濃度(↑↑)
	Nagai ¹⁰⁾	Balb/cマウス(♀) (6週齢, n=4~7)	卵白アルブミン (OVA)	0.5 g/kg 連続経口投与 (6日間)	肺組織中 好酸球浸潤(↓) 杯細胞増殖(↓) 粘液分泌(↓) スペクトリン α 2発現(↑)

図2 気道の炎症に対する小青竜湯の作用(仮説)



参考文献¹⁰⁾より一部改変引用

2. 気管支喘息モデル

Nagaiらは、OVAを用いたマウス気管支喘息モデルに対する小青竜湯の作用を報告している⁹⁾。酸化アルミニウムゲルに吸着させたOVAをマウスに実験開始当日、5日目に腹腔内に投与し、12日目にエアロゾル化したOVAを鼻腔内から吸入させることにより気管支喘息モデルとした。生薬を熱水抽出することにより得られた小青竜湯エキスは、0.5g/kg/日(ヒト常用量の約5倍量)の投与量でOVA吸入投与から6日間、1日1回経口投与した。OVA吸入投与から7日目にマウスを屠殺し、気管支肺胞洗浄液(BALF)、血清、肺組織を得た。BALF中のOVA特異的IgE濃度、IL-4濃度、神経成長因子(NGF)濃度は、正常群と比較してOVA処置群には有意に高く、またIFN- γ の濃度は有意に低い値を示した。小青竜湯投与群におけるこれらの値は、OVA特異的IgE濃度、IL-4濃度、IFN- γ 濃度では、有意に回復していたが、NGF濃度はさらに有意に高い値を示した。血清中のOVA特異的IgE濃度は、OVA処置により高値を示したが、小青竜湯投与群で有意な抑制は認められなかった。また肺組織に含まれるリンパ球を密度勾配遠心法により分離、CD4⁺T細胞を磁気ビーズ法により単離し、培養したところ、正常群と比較してOVA処置群から調製した細胞では、培養液中に放出されたIL-4、IL-5、NGFの量は増加し、IFN- γ の量は減少していた。小青竜湯投与群から調製した細胞では、IL-4、IL-5、IFN- γ の値は有意に回復していたが、NGFの値はさらに有意な高値を示した。OVA吸入投与の3時間前、1、3、6日後に抗NGF抗体をマウスに鼻腔内投与した時、小青竜湯投与により見られたBALF中OVA特異的IgE濃度減少、IL-4濃度減少、IFN- γ 濃度増加は、すべて失われた。以上のことから、小青竜湯のアレルギー性気道炎症抑制作用

には、肺においてTh2側に傾いたTh1/Th2バランスを元へ戻すだけでなく、NGFの誘導による肺組織の修復促進が強く関与していることが明らかとなった。

さらにNagaiらは、本モデルマウスにおける小青竜湯の作用機序をプロテオミクスを行ってさらなる検討を行っている¹⁰⁾。2004年の論文⁹⁾と同じ処置を施したマウスで、OVA吸入投与から6日目に、メタコリンを吸入させてプレシスモグラフィにより気道抵抗値を測定したところ、OVA処置により増加した気道抵抗値が小青竜湯により有意に改善していた。7日目に屠殺し、BALF、血漿、肺組織を得た。肺組織病理所見では、OVA処置により好酸球の顕著な浸潤、杯細胞の異常増殖、粘液分泌過多が認められたが、それらの所見は小青竜湯投与群では改善していた。血漿およびBALF中の好酸球数も、OVA処理により顕著に増加していたが、小青竜湯投与群では有意に改善していた。肺組織に含まれるタンパク質を二次元電気泳動により網羅的に解析したところ、正常マウスと比較してOVA処置により消失し、小青竜湯により回復するタンパク質を認め、質量分析によりスペクトリン $\alpha 2$ と同定した。スペクトリン $\alpha 2$ の肺組織における発現の変動は、ウェスタンブロット法および免疫染色においても確認された。本実験の陽性コントロールとして使用したプレドニゾロンでは、好酸球数の増加に対しては有効性を示したが、病態モデルで見られたスペクトリン $\alpha 2$ の発現低下は回復させなかった。スペクトリンは、細胞膜の構造を保つ細胞骨格を構成する主要なタンパク質であり、その発現の低下は炎症に伴う組織障害の結果と推定され、小青竜湯はステロイド抵抗性の気管支喘息に対しても有効である可能性が示唆された(図2)。

気管支喘息モデルを用いた小青竜湯の実験薬理研究はまだ他にもあるため、次回に継続して紹介する。

【参考文献】

- 1) 丁宗鑑, 烏居塚和生: モノグラフ漢方方剤の薬効・薬理. 医歯薬出版, 2009.
- 2) 馬場駿吉 et al.: 小青竜湯の通年性鼻炎アレルギーに対する効果 二重盲検比較試験, 耳鼻咽喉科臨床 88: 389-405, 1995.
- 3) 宮本昭正 et al.: TJ-19 ツムラ小青竜湯の気管支炎に対するPlacebo対照二重盲検群間比較試験, 臨床医薬 17(8): 1189-1214, 2001.
- 4) 丁宗鑑: 方剤薬理シリーズ(2) 小青竜湯, 漢方医学 19(2): 57-62, 1995.
- 5) Sakaguchi, M et al.: Effects of Sho-seiryu-to on experimental allergic rhinitis in guinea pigs, Methods Find Exp Clin Pharmacol, 21(4): 303-308, 1999.
- 6) Ikeda, Y et al.: Possible involvement of suppression of Th2 differentiation in the anti-allergic effect of Sho-seiryu-to in mice, Jap J Pharmacology 90: 328-336, 2002.
- 7) Das, AK et al.: Sho-seiryu-to suppresses histamine signaling at the transcriptional level in TDI-sensitized nasal allergy model rats, Allergy Int 58: 81-88, 2009.
- 8) 時田江里香 et al.: アレルギー性鼻炎モデルラットの鼻洗浄液中SP, CGRP, NGFに対する小青竜湯の効果, 薬理と治療 38(10): 891-898, 2010.
- 9) Nagai, T et al.: Anti-allergic activity of a Kampo(Japanese herbal) medicine "Sho-seiryu-to(Xiao-Qing-Long-Tang)" on airway inflammation in a mouse model, Int Immunopharmacol 4: 1353-1365, 2004.
- 10) Nagai, T et al.: Proteomic Analysis of Anti-inflammatory Effects of a Kampo(Japanese Herbal) Medicine "Shoseiryuto(Xiao-Qing-Long-Tang)" on Airway Inflammation in a Mouse Model, Evid Based Complement Alternat Med 2011: 604196, 2011.

くすり ブオムナード

長崎国際大学 薬学部 薬学科 薬品資源学
教授 正山 征洋



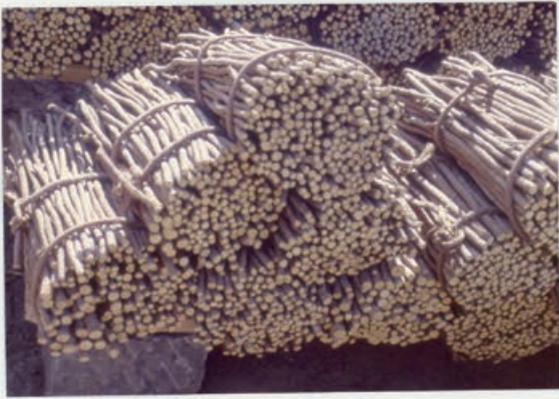
1800年代初期の作品で、スペイン甘草である。
ウラル甘草とは花と果実の形態が異なっている。

カンゾウ(甘草)はマメ科に属する多年生草本である。*Glycyrrhiza*属植物には*G. uralensis* Fisch.、*G. glabra* L.、*G. echinata* L.、*G. squamulosa* Franch.、*G. pallidiflora* Maxim.等があり、日本薬局方には前二者が収載されている。一般的にウラルカンゾウと呼ばれている*G. uralensis*の流通量が大きいので、本種について触れる。*G. uralensis*は中国東北部、モンゴル、シベリア等に自生し、草丈30~80cmで茎は直立し木質で短毛に覆われる。葉は奇数羽状複葉で小葉は卵形、長さ2~5cmで葉面が波うち、茎葉ともに毛があり触るとべたつく感じがする。夏葉腋にほのかな香りのする赤紫色の多数の小花を穂状につける。花後数個の豆果がまとまり、ボール状となる。果実の中には丸い黒い3~5粒の種子を内蔵する。薬用として長い根とストロンを用いる。

現存する中国最古の本草書で1世紀頃の著作と言われている『神農本草経』には上薬(上品)として登場し、「味が甘く、気は平で川谷に生ずる。五臓六腑の寒熱邪

気を除き、筋骨を堅くし、肌肉を成長させ、力を倍加し、創傷や足の腫れる病気によい。又解毒作用があり長期服用すれば身体を軽快にし、寿命を延ばす」とある。後漢末の張仲景により著された『傷寒雜病論』は後に『傷寒論』と『金匱要略』となるが、『傷寒論』の113処方の内70処方に、また、『金匱要略』の262処方中92処方に甘草が配合される。現在では70%の漢方処方に甘草が配合されており、漢方薬には欠かせない生薬である。一方、ヨーロッパの本草書を見ると、『神農本草経』と同時代にDioscoridesにより著された『薬物誌(De Materia Medica)』には「のどのヒリヒリする時、胃のやける場合、また、胸や肝の病気によい」等々が記されている。

根には極めて多くの化合物が含まれており、現在470種にもおよぶ成分が同定されている。グリチルリチンとその類縁体や各種のトリテルペノイド、ステロール、カルコンタイプのフラボノイド、イソフラボノイド、フラボノイド、クマリン、多糖等多様な成分



甘草の乾燥（選品後束ねて天日乾しする（中国内モンゴルにて））



ウラル甘草の開花と果実
（モンゴルゴビ砂漠にて）



イラスト・写真提供：正山 征洋

組成を示す。このことは甘草に抗アレルギー作用、抗潰瘍作用、肝細胞底護作用、鎮痙作用、抗ウイルス作用、鎮咳作用等の幅広い活性が認められていることを反映していると言える。

日本ではグリチルリチンの製剤化が早くから行われたので、この製剤を用いて臨床応用がなされた。現在は肝炎治療薬としての使用頻度が高い。また、マクロファージや抗体に関わる細胞障害の抑制作用、肝障害の抑制作用、肝細胞膜安定化作用、胆道閉塞性黄疸の血中ビリルビン抑制作用、胆汁排泄促進作用等、肝障害の改善作用の基礎的データが蓄積されている。また、抗アレルギー作用、抗炎症作用も多くの研究がある。コーチゾン等を静注しグリチルリチンを併用すると、コーチゾンの体外排出が遅延することが明らかとなっている。その他、神経細胞保護作用、抗けいれん作用、肝細胞底護作用、また、各種がん細胞系を用いた実験により、前立腺がん抑制、大腸がん、肝がん、肺がん、乳がん予防活性が認められている。

以上、甘草のグリチルリチンについての作用を検証してきたが、甘草配合の漢方薬についてはほとんど解明されていないと言っても過言ではない。何故ならば甘草に含まれる470種以上の化合物の中から、一つの化合物のみ取り除いてその作用を調べる方法が無かったことに起因する。そこで我々は新しい手法として「ノックアウトエキス」の提唱をおこなっている。今後

漢方薬の中におけるグリチルリチンの真の役割が解明されるものと期待している。さらに、サザン、ノーザン、ウエスタンに次ぐ「イースタンプロットイング」と命名した新しい染色法を世界に発信している。漢方薬の中に甘草が配合されているとひと目で確認出来る優れものである。なお、「ノックアウトエキス」と「イースタンプロットイング」のいずれもグリチルリチンに対するモノクローナル抗体を用いて開発した新しい手法である。

最近の我々の研究をもう一つご紹介する。人工授精した受精卵は人工授精培地で培養されるが、その際に甘草エキスを添加する事で受精率が向上した。これは精子の活性化を行うため、さらに進めて甘草エキスから活性成分の特定に成功した。今後不妊治療等への応用も視野に入れている。

甘草が漢方薬に多く配合されるため、またグリチルリチン製剤原料として、さらには醤油、味噌、飲料水の甘味料として多量に消費される重要な食品添加物でもあるため大量の甘草が掘り取られ、このため中国では砂漠化を惹起したとの見解から、自生株の採取が制限されている。また、中国の医療の向上から甘草の使用量が増加し、年間必要量の半分の約2万5千トンが供給されるにとどまっていると言われ、世界的に資源の枯渇が叫ばれている。我々は甘草の資源枯渇を「漢方薬の危機管理」と捉え佐賀県玄海町にて甘草の育種・栽培研究をスタートさせている。



半夏瀉心湯

傷寒論・金匱要略

組成	半夏 4~5, 黄芩 2.5~3, 乾姜* 2~2.5, 人参 2.5~3, 甘草 2.5~3, 大棗 2.5~3, 黄連 1
主治	心下気機痞結 脾胃不和
効能	開結除痞 調和脾胃

*: 日局ショウキョウ

プロフィール

『傷寒論』太陽病下篇に「傷寒に罹患して5~6日経過し、嘔吐して発熱するものは柴胡剤(小柴胡湯など)の証が具わっている。これに対して他の処方を用いてこれに下法を用い、それでもなお柴胡剤の証があるものには、もう一度柴胡剤を与える。…もし心下満して腹痛するものは結胸として大陷胸丸の適応である。もし心下がただ満して痛まないものは、“痞”であるので半夏瀉心湯が宜しい」と記載されている。また『金匱要略』には「嘔吐して腸鳴し、心下痞するものは半夏瀉心湯がこれを主る」とある。後世の用法はこれらの記載に基き、必ずしも傷寒に限らず、むしろ消化器系の疾患に広く用いられている。加減方に生姜瀉心湯や甘草瀉心湯などがある。単に瀉心湯という場合には三黄瀉心湯を指すことが多い。なお、『傷寒論』の条文では再煎することを指示している。

方解

本方証の本態は、心下における気機の痞結であり、心下を通る気の昇降が障害され、脾気の上昇と胃気の下降が失調し、上熱下寒を来たしたものである。辛温の半夏・乾姜で心下の気結を開き、苦寒の黄連・黄芩でそれを下降させる(これを辛開苦降という)。半夏は胃気上逆を鎮め、人参・甘草・大棗で脾気の上昇を助ける。苦寒の黄連・黄芩は上熱を清し、乾姜で下寒を温める。これらの作用によって心下の痞結を解き、昇降を回復させ、寒熱を調和する。

四診上の特徴

矢数は私見として、心下痞鞭、腹中雷鳴を主証とし、嘔吐下痢を客証とするのが正証であるが、全てが揃わないこともある。痛みを伴うものにも用いられ、心下痞鞭のみでなく心下痞満、心下痞でも用いられる。いずれの場合でも心下に熱邪と水邪が停滞しガスを生じて心下痞を訴えることが必須条件であると述べている¹⁾。

また中田は下記のように適応症をまとめている²⁾。

- ① 虚実の間証(中間証からやや実証も含む)
- ② 腹壁は有力、心下痞鞭を認める。
- ③ 自覚的に胃のつかえ感があり、悪心、嘔吐を伴うこともある。
- ④ 下痢を認めることもある。その場合腹鳴を伴うことも多い。
- ⑤ 下痢を認めるときには臍傍に抵抗を認めることが多い。
- ⑥ 下痢の時は心下痞鞭を認めないこともある。
- ⑦ 白苔を認めることが多い。

本方証に見られる心下痞鞭については、いくつかの見解があり、必ずしも教科書通りではないことが指摘されている。矢数は、半夏瀉心湯で著効を認めた症例の腹証のうち、心下

痞鞭のもの6例、心下痞満のもの6例、単に心下痞を訴え鞭満のないもの3例であったと述べている¹⁾。灰本らの多変量解析を用いた研究では、「上腹部は柔らかく、圧痛がない」腹象が半夏瀉心湯の有効要因であったと報告されている³⁾。江部もまた同様の見解を述べている。

使用上の注意

黄芩含有処方であり、肝機能障害や間質性肺炎の報告例がある。

臨床応用

半夏瀉心湯は、現在では心下痞を目標として消化器疾患を中心に幅広く応用されている。

1. 消化器疾患

慢性胃炎や上腹部不定愁訴、機能的消化不良に対して古くから頻用されている。

徳留は小腸のX線画像を検討し、半夏瀉心湯を投与した患者では小腸のバリウム通過時間が促進された例が13例(促進群10例、中間群3例)で、遅延群はいなかったと報告している⁴⁾。

若狭は、17例の慢性胃炎患者に1週間以上本方を投与し13例がやや有効以上であり、同時に比較した四逆散、黄連湯、人参湯より有効性が高いことを報告した⁵⁾。また太田らは、上腹部不定愁訴があり内視鏡にて胃炎性変化が見られた64例に、ゲファルナートを対照薬として比較試験を行ったところ、心窩部痛の消失が半夏瀉心湯群で88.9%、ゲファルナート群で58.3%と著しく改善し、腹部膨満感も半夏瀉心湯で改善度が高かった。内視鏡所見では、発赤、浮腫、出血では差が見られなかったが、びらんに関しては本方の方が優れた改善傾向を示したと報告している⁶⁾。

さらに七條は心窩部不定愁訴を有する44例に半夏瀉心湯を投与したところ、著効30例、有効7例であり、これらの症例は器質的病変がなく、悪心嘔気、心窩部痛に対して有用であった⁷⁾。

原澤らは、半夏瀉心湯で胃腸の蠕動運動が改善することを報告している。それによるとNUD患者では胃排出遅延が見られるが、APAP法を用いた胃排出能検査において本方投与にて有意に胃排出能が改善し、腹部膨満感や腹部不快感、嘔気などの自覚症状も改善した⁸⁾。また、大宜見は、腹鳴1例中1例、腹痛9例中5例、悪心8例全例において投与30分以内で治療効果を認めたと、その即効性について報告している⁹⁾。

下痢に対して多数の報告がある。細川は小児の下痢に対しての有効性を検討した。それによると、抗生剤投与で下痢が改善した9例で、その後も残る嘔吐、心下痞、腹鳴、腹痛等に本方を投与したところ有効2例、やや有効5例であった。また、

下痢と同時に上記症状を有する12例に対し本方を投与したところ、有効6例、やや有効3例であった。さらに、抗生剤等と半夏瀉心湯を同時に投与した11例では有効6例、やや有効5例と全例改善を認め、小児の下痢において抗生剤の有効率を高めると同時に本方の有効範囲を高める可能性のあることを示唆している¹⁰⁾。

過敏性腸症候群に対しても報告は多い。里見らは過敏性腸症候群の下痢型の患者45例に証に関係なく半夏瀉心湯を投与したところ、有効率は82%であったと報告している¹¹⁾。また井齋は消化器術後に生じる消化器不定愁訴で、西洋薬で治療できなかった10症例に対し、半夏瀉心湯を用いたところ、悪心の2例と食欲不振の5例中4例で6週間以内に消失、下痢の3例はいずれも4週以内に改善したと述べている¹²⁾。

合地らは胃切除後の消化器症状を有する患者に六君子湯と半夏瀉心湯を用いた結果を報告している。それによると、半夏瀉心湯を用いた29例では、食欲不振と悪心・嘔吐に関しては本方投与群が早期から症状を改善したが、最終的には食欲不振は差がなく悪心・嘔吐では六君子湯投与群が改善効果がやや高かった。また、胃もたれ、胸焼けは両者とも改善効果が高く差は見られなかった。また、自覚症状では悪心・嘔吐、食欲不振、胃のもたれ、腹部膨満感、心窩部痛、腹鳴で早期に症状が消失し、多くの症状で六君子湯投与群より早期に改善する傾向にあった。また、男性、60歳未満、肥満度が普通、体表面積が中程度、胃癌亜全摘症例において特に効果が見られたと述べている¹³⁾。

さらに、近年は抗がん剤の副作用による下痢に対しての有効性が注目されている。消化器や婦人科の癌、肺癌などに用いられるイリノテカンには、投与直後の急性下痢と投与8時間以降に生じる遅発性下痢を見ることが多い。半夏瀉心湯は遅発性下痢に対する効果が知られ、副作用軽減の目的で使用されている。

森は18例の半夏瀉心湯投与群と23例の非投与群で化学療法中の下痢の状態を検討した。本方投与群では化学療法開始3日以上前より少なくとも3週間内服し、下痢に対しては重症度に応じて西洋医学的治療を併用した。下痢は投与群で6.3日、非投与群で5.9日目に発症、下痢のピークはそれぞれ9.2日、9日目であり、回数と持続日数においては両群間に差は認めなかった。しかし、投与群は非投与群に比べ下痢のグレードは有意に改善しており、特にグレード3以上の重度の下痢は少なかったと述べている¹⁴⁾。

2. 口腔疾患

佐藤らは舌炎や扁平苔癬、慢性再発性アフタ、孤立性アフタまたはアフタ性口内炎、毛舌症の計28例に半夏瀉心湯エキスを投与し、効果を判定した結果、全般改善度は改善以上が71.4%で、その内訳は、舌炎で7/10例、扁平苔癬5/7例、慢性再発性アフタ4/4例、孤立性アフタとアフタ性口内炎3/3例、毛舌症1/4例であり、対象患者の82.1%は神経症様症状や消化器症状を有していたと報告している¹⁵⁾。

Behçet病に伴う口内炎にも用いられ、症例集積研究はないが、西本らは頻用処方であると述べている¹⁶⁾。また西田はエキス剤で¹⁷⁾、矢数らは茯苓を加えた煎薬で味覚障害に対して上腹部の症状を目標として処方して有効であった症例を報告している¹⁸⁾。

3. その他

村松は、延髄外側症候群に伴った西洋薬が無効な難治性の吃逆に対し、本方を5g投与したところ30分で症状が消失し、

その後3日間の服用で7日間止まらなかった吃逆が完全に治癒した例を報告している¹⁹⁾。甘草瀉心湯は、不眠症などの精神系異常に用いられることがあるが、半夏瀉心湯においても、鬱病などの精神科疾患に用いられた報告がある。その際には消化器症状を参考に、本方に茯苓や茴香、牡蛎を加えて用いられている^{20, 21)}。また、口臭や放屁に対する自己臭恐怖症や咽喉頭異常感症に本方のエキス剤で対処し、軽快した報告も見られる^{22~24)}。また、細野は特発性脱疽(バージャー病)に対して本方を用いた2例を報告している²⁵⁾。

花輪は、瘡瘡のうち、不摂生な食事や胃腸障害を伴うもので口周りを中心にできるものに本方の適応があると述べている²⁶⁾。また鷺見は、本方により口周囲および下顎部の瘡瘡が改善したと報告している²⁷⁾。この他、消化器症状や腹部膨満感を目標に本方を用いた結果、アレルギー性鼻炎²⁸⁾や口唇炎が軽快した報告などがある²⁹⁾。

なお、中には犬の下痢に対する報告もある³⁰⁾。

【参考文献】

1. 矢数道明: 半夏瀉心湯に就いて, 日東医誌, 5(2): 7-11, 1954.
2. 中田敬吾: 漢方基礎講座 処方解説シリーズ28 半夏瀉心湯, 漢方研究, 6: 216-224, 2004.
3. 灰本 元ほか: 胃部不定愁訴における漢方治療の臨床疫学研究 漢方薬対西洋薬治療の無作為化比較試験, 漢方4処方有効要因, フィト, 2(3): 4-13, 2000.
4. 徳留一博: 小腸X線像による漢方方剤の検討—殊に桂枝加芍薬湯, 小建中湯および半夏瀉心湯について, 日東医誌, 35(2): 95-104, 1984.
5. 若狭一夫: 慢性胃炎の漢方治療経験, 漢方診療, 5(3): 28-30, 1986.
6. 太田康幸ほか: 胃炎(急性胃炎および慢性胃炎の急性増悪)に対する医療用漢方製剤の多施設臨床評価—Gefarnateを対照薬とした比較試験—, 診断と治療, 78: 2935-2946, 1990.
7. 七條仁一: 心窩部不定愁訴に対する半夏瀉心湯の有用性について, 漢方診療, 8(4): 34-47, 1990.
8. 原澤 茂, 三輪 剛: 胃運動機能障害に対するTJ-14ツムラ半夏瀉心湯の効果, Prog. Med, 13(11): 2533-2539, 1993.
9. 大宜見義夫: 急性症状における漢方製剤の即効性の検討, 日東医誌, 46(2): 301-308, 1995.
10. 細川喜代治: 小児下痢症に対する半夏瀉心湯の応用, 日東医誌, 15(2): 106-110, 1965.
11. 里見匡道ほか: 過敏性腸症候群と大腸憩室疾患に対する漢方製剤の使用経験, 漢方医学, 11(8): 26-32, 1987.
12. 井齋偉矢: 消化器術後の消化器不定愁訴に対する半夏瀉心湯とイレウスに対する大建中湯の効果, 第9回臨床と漢薬研究会講演記録集: 16, 1992.
13. 合地 明ほか: 胃切除後の消化器症状に対する半夏瀉心湯, 六君子湯, 日消外会誌, 28(4): 961-965, 1995.
14. 森 清志: 癌化学療法に伴う下痢に対する漢方治療—半夏瀉心湯, 消化器の臨床, 3(1): 91-93, 2000.
15. 佐藤 鶴子ほか: 口腔粘膜疾患に対する半夏瀉心湯の使用経験, 歯薬療法, 4(1): 1-10, 1985.
16. 西本 隆ほか: Behçet病に対する東洋医学的治療, 日東医誌, 42(1): 11-15, 1991.
17. 西田正之: 半夏瀉心湯が有効であった味覚障害の1例, 漢方診療, 14(6): 6, 1996.
18. 矢数圭堂ほか: 味覚障害に半夏瀉心湯加茯苓が奏効した1症例, 漢方の臨床 52(6): 854-860, 2005.
19. 村松慎一: 半夏瀉心湯投与後, 吃逆が消失した延髄外側症候群の1例, 日東医誌, 44(1): 37-41, 1993.
20. 大関潤一: 半夏瀉心湯加茯苓が奏効したひどい鬱の1例, 漢方の臨床, 47(6): 826-830, 2001.
21. 松本一男: 鬱病に半夏瀉心湯加味, 漢方の臨床, 38(10): 1200-1203, 1991.
22. 小関英邦ほか: 口腔心身症における漢方の使用経験, 東洋心身医学, 3(3): 61-64, 1988.
23. 尾中祐二: 自己臭症におけるツムラ半夏瀉心湯の使用経験, 漢方診療, 11(1): 7, 1992.
24. 高橋貞則: 安中散、半夏瀉心湯、桃核承気湯が有効であった咽喉頭異常感症例の検討, 東洋医学, 18: 51-55, 1990.
25. 細野義郎: 半夏瀉心湯による特発性脱疽の治験例(二例), 漢方の臨床, 19(12): 699-704, 1972.
26. 花輪壽彦: 漢方診療のレッスン, 金原出版: 193, 1995.
27. 鷺見浩史: 口周囲および下顎部に発生する尋常性瘡瘡に対する半夏瀉心湯の有効性の検討, phil漢方, 38: 16-17, 2012.
28. 大西和子: アレルギー性鼻炎と半夏瀉心湯, 漢方の臨床, 30(5): 301-303, 1983.
29. 國井隆英: 臨床レポート 半夏瀉心湯が有効と思われた胃腸疾患のデルマドロームとしての口唇炎の3例, 漢方と診療, 2(2): 111-113, 2011.
30. 左向敏紀ほか: 犬の下痢に対するTKD-14(半夏瀉心湯)の臨床応用, 獣医畜産新報, 52(2): 97-102, 1999.

アレルギー性鼻炎（花粉症）に対する 小青竜湯（EKT-19）の効果の検討

たなか耳鼻科・眼科クリニック（熊本県）院長 田中 文顕

アレルギー性鼻炎（花粉症）9例を対象に小青竜湯エキス錠（EKT-19）を2週間投与し、鼻症状（くしゃみ、鼻汁、鼻閉）および日常生活の支障度の改善効果を検討した。症状を呈する患者の約8割に重症度の改善が認められ、鼻汁と日常生活の支障度は治療後有意に改善したが、くしゃみ、鼻閉に有意な改善は認められなかった。漢方製剤の錠剤は細粒剤や顆粒剤に比べて用量が調整しやすく、生薬由来の特異な味や臭いを苦手とする患者にとってはアドヒアランス向上に寄与する選択肢の1つと考える。

Keywords アレルギー性鼻炎（花粉症）、小青竜湯エキス錠、アドヒアランス

はじめに

アレルギー性鼻炎は鼻粘膜のI型アレルギー性疾患で、原則的には発作性反復性のくしゃみ、水性鼻漏、鼻閉を3主徴とする¹⁾。薬物治療では、病型と重症度の組み合わせで薬剤が選択されているが、その主役をなす抗アレルギー薬でしばしば問題となる眠気等の副作用への配慮から、漢方薬も重要な選択肢とされている。小青竜湯は鼻アレルギー診療ガイドラインに記載された漢方薬の中で、唯一プラセボとの比較対照試験で有効性が証明されており²⁾、臨床報告も多数存在する。しかしながら、その多くは細粒剤や顆粒剤によるもので、錠剤での報告は少ない。そこで、小青竜湯（錠剤）を単独投与し、アレルギー性鼻炎（花粉症）の鼻症状改善効果を検討した。

対象と方法

2012年3～4月にアレルギー性鼻炎（花粉症）の症状を訴えて当院を受診した患者に調査目的等を十分説明した後、同意が得られた10例を対象とし、クラシエ小青竜湯エキス錠（EKT-19、18錠・分3）を投与した。小青竜湯以外の漢方薬は併用禁止とし、西洋薬の併用は原則外用剤（点眼剤、点鼻剤）のみとした。投与期間は2週間とし、治療前後で鼻症状（くしゃみ、鼻汁、鼻閉、日常生活の支障度）、眼症状（痒痒感、流涙）、アレルギー性鼻炎重症度を評価した。アレルギー性鼻炎重症度は鼻アレルギー診療ガイドラインに準じてスコア化した（表1）。また、投与2週間後に錠剤に関するアンケートも実施した。

表1 アレルギー性鼻炎重症度

程度および重症度	くしゃみ発作または鼻漏*					
	4	3	2	1	0	
鼻 閉	4	最重症	最重症	最重症	最重症	最重症
	3	最重症	重症	重症	重症	重症
	2	最重症	重症	中等症	中等症	中等症
	1	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
	0	最重症	重症	中等症	軽症	無症状

■ くしゃみ・鼻漏型 ■ 鼻閉型 ■ 充全型

*くしゃみや鼻漏の強い方をとる

従来の分類では、重症、中等症、軽症である。スギ花粉飛散の多いときは重症で律しきれない症状も起こるので、最重症を入れてある。

鼻アレルギー診療ガイドライン－通年性鼻炎と花粉症－2009年版（改訂第6版）、ライフサイエンスより一部改変

表2 患者背景

年 齢	50.9±17.6歳 (17～71歳)	性 別	男性:3例 女性:6例
病 型	充全型:1例 くしゃみ・鼻漏型:8例		
重 症 度	最重症:1例 重症:4例 中等症:4例		
アレルゲン	スギ・ヒノキ:2例 スギ:3例 不明:4例		
併 用 薬	なし:5例 あり:4例 ロキソプロフェンナトリウム水和物1例、 レボカバステン塩酸塩（点眼）3例		

結 果

1. 患者背景

評価対象となった症例は、副作用で服用を中止した1例を除く9例であった。患者背景を表2に示した。

2. 鼻症状・眼症状の改善効果

鼻汁と日常生活の支障度は治療後に有意 ($p < 0.05$) な改善を認めたが、くしゃみ発作と鼻閉は有意な改善は認められなかった（図1）。眼症状はもともと症状がない患者が多かったため、効果の有無は判定できなかった。

図1 鼻症状および日常生活支障度の改善効果

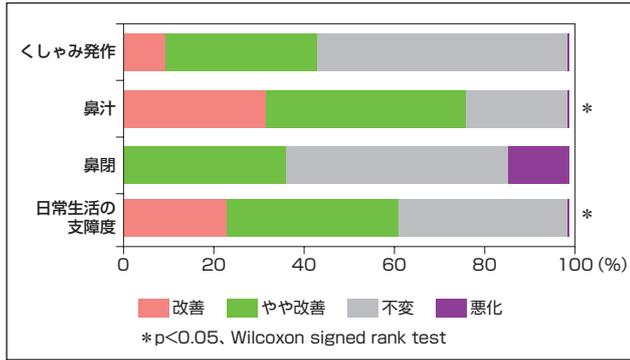
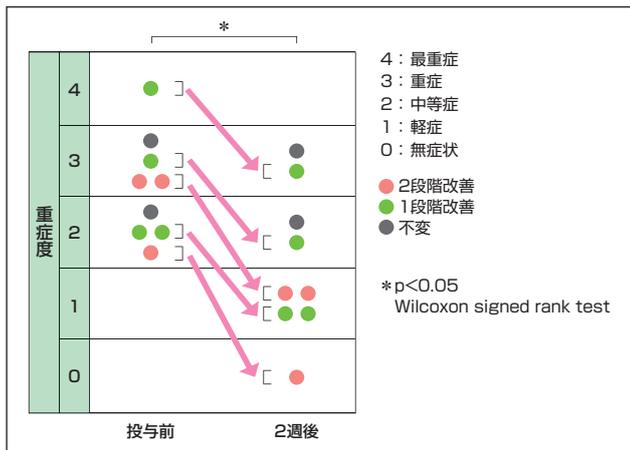


図2 アレルギー性鼻炎重症度の変化



3. 重症度

アレルギー性鼻炎重症度の改善は、9例中7例(77.8%)に認められ、うち3例が2段階の改善(1例は症状が完全に消失)であった。全体で投与前後において有意(p<0.05)な改善を認めた(図2)。

4. 錠剤に関するアンケート結果

投与2週後の錠剤に関するアンケート結果を表3に示す。

表3 小青竜湯の錠剤に関する印象

① 味 (n=8)	全く気にならない	7例 (88%)
	少し気になる	1例 (13%)
② 飲みやすさ (n=9)	服用しやすい	4例 (44%)
	どちらでもない	3例 (33%)
③ 錠数 (n=9)	服用し難い	2例 (22%)
	気にならない	2例 (22%)
	多いと感じるが服用できる	5例 (56%)
④ 認知度 (n=9)	多すぎて服用し難い	2例 (22%)
	錠剤があることを知らなかった	8例 (89%)

5. 副作用

1例で、服用開始1日後に湿疹(全身にかゆみを伴う)が出現したため服薬を中止した。症状は中等度で、中止後速やかに消失した。

図3 小青竜湯の処方構成

麻黄	3	辛温解表	平喘] 止痛
桂皮	3			
細辛	3			
半夏	6	止咳	化痰	平喘
五味子	3			
芍薬	3	斂陰		補血
乾姜	3	散寒		
甘草	3	調和		

考察

小青竜湯はアレルギー性鼻炎に対する代表的方剤であり、麻黄、桂皮、細辛、半夏、五味子、芍薬、乾姜、甘草の8種類の生薬で構成されている(図3)。これまで、腺分泌抑制、サイトカイン産生抑制、ヒスタミン遊離抑制、ヒスタミン受容体遺伝子発現抑制などの薬理作用が報告されており、これらの作用がアレルギー性鼻炎症状改善のメカニズムと考えられている³⁾。

今回、アレルギー性鼻炎の症状を呈する患者にEKT-19を単独投与した結果、抗アレルギー薬の使用を必要とせずに約8割の患者で重症度の改善がみられた。症状別では鼻汁と日常生活の支障度で有意な改善が認められたが、鼻閉とくしゃみ発作では有意な改善が認められなかった。河野らの報告⁴⁾では鼻閉・くしゃみ発作で有意な改善が認められており、今回と異なるものであった。これは今回の症例に鼻閉型が存在せず、鼻閉とくしゃみ発作の投与前スコアが低値であったことが影響していると考えられる。

漢方製剤は天然の生薬を原料としていることから、多くの患者がまずいと感じている。エキス剤の剤形としては細粒剤や顆粒剤が中心であるため、錠剤の認知度は低い。錠剤は漢方薬独特の味や臭いをマスクするため、漢方薬がまずいと感じている患者にとっては服用しやすい剤形と考えられる。このことは今回のアンケート結果で「味が全く気にならない」が約90%を占めたことから頷けるが、反面、錠数の多さがやや気になるようであり、今後の課題と考えられる。しかしながら、錠剤は細粒剤/顆粒剤に比べて用量調節がしやすく、これらの服用を苦手とする患者(小児、高齢者など)や特異な味や臭いを嫌う患者にとってはアドヒアランスの向上に繋がる選択肢の1つと考えられる。

【参考文献】

- 1) 鼻アレルギー診療ガイドライン - 通年性鼻炎と花粉症 - 2009年版(改訂第6版), ライフサイエンス, 2009
- 2) 馬場駿吉 ほか: 小青竜湯の通年性鼻アレルギーに対する効果 - 二重盲検比較試験 -, 耳鼻臨床88: 389-405, 1995
- 3) Das, AK et al.: Sho-seiryu-to suppresses histamine signaling at the transcriptional level in TDI-sensitized nasal allergy model rats. Allergology Int 58: 81-88, 2009.
- 4) 河野英浩 ほか: 小青竜湯エキスのスギ花粉症の鼻炎症状に対する臨床効果, 耳展, 43 (3): 253-257, 2000

イライラを主訴とする神経症（中間～実証） 15例に対する黄連解毒湯の効果

那須高原病院（栃木県） 篠崎 徹

イライラを主訴とする神経症（中間～実証）15例（女性7例、男性8例、平均年齢40.2歳）に対する黄連解毒湯の効果を検討した。患者診療による症状変化により、自覚症状が軽快（有効）または消失（著効）したものの有効率は60.0%であった。副作用は認めなかった。不安、不眠、うつ状態なども伴った神経症のイライラに対しては向精神薬だけではコントロールすることは難しく副作用の問題もある。漢方療法は「証」を十分に検討すれば副作用の問題もなく、安全で有用であり、神経症患者のQOLの向上をもたらすものである。

Keywords 神経症、黄連解毒湯、イライラ、QOL

はじめに

現代のストレス社会においては、神経が高ぶり、短気で怒りっぽい、イライラして落ちつきのない患者に遭遇することが少なくない。ほとんどが不安、不眠、うつ状態などを伴った神経症患者であるが、イライラに対しては向精神薬だけではコントロールすることが難しい。眠気やふらつきなどの副作用の問題もある。筆者はイライラを主症状とする神経症（虚証）に対する抑肝散加陳皮半夏の有効性についてはすでに報告した¹⁾。今回は、イライラを主症状とする神経症（中間～実証）に対する黄連解毒湯の効果を検討した。

対象と方法

2012年1月から6月までの半年間で、当院における神経症で主にイライラを主訴とする15例を対象とした。年齢は21～66歳（平均40.2歳）、性別は女性7例、男性8例であった。漢方医学的所見は全例が「中間～実証」と考えられた。対象者には漢方療法の副作用と安全性などの説明を十分にを行い、同意を得られたものだけに漢方療法を開始した。

使用薬剤と投与方法

クラシエ黄連解毒湯エキス細粒（医療用）6.0g/日（分2）を食前に投与した。

併用薬

西洋薬（特に向精神薬）で従来から服用しているものはそのまま継続した。漢方方剤としては黄連解毒湯の単独投与とした。

投与期間

最低2週間投与し、経過観察は4週間以上から半年間行なった。

効果判定

1～2週間毎に患者診察を行い、症状の変化を問診した。自覚症状の消失、軽快、不変によって、それぞれ著効、有効、無効とした。

副作用

各診察日に黄連解毒湯によると思われる副作用の有無をチェックした。

結果

神経症のイライラに対する黄連解毒湯の効果は、表のように15例中3例で著効（完全消失）、6例で有効（改善）であり、無効は6例であった。したがって有効率は60.0%であった。著効例における症状消失までの期間は14～28日であった。著効例、有効例では再発はなかった。全例で特に副作用は認めなかった。著効例、有効例は赤ら顔で不安、不眠を基本とするものが多かった。なお、イライラしてケンカの絶えない夫婦（症例9、10）に有効であり家庭平和となった。無効例は、イライラ以外に身体的訴えを中心とするもの、性格的に未熟で神経質傾向の強いもの、治療経過の長いものが多かった。

症 例

症例4

24歳、男性、イライラ、不眠、アトピー性皮膚炎を持つ実証型タイプで普段からイライラして眠れなかった。顔の赤みは全体にあり夜間は痒みのために睡眠も不十分であった。当初、睡眠薬、抗ヒスタミン薬等が投与されるも無効。そこで黄連解毒湯6.0g/日 分2投与を開始した。2週間ほどでイライラが減少し4週間で睡眠もとれ、顔の赤みも減少。6週間で顔の赤み、痒み、イライラがほぼ消失した。

症例5

55歳、男性、30歳ごろから不眠症気味であった。日中イライラして仕事にも身が入らず、休みがちであった。近医でさまざまな睡眠薬、抗不安薬を投与されたが改善せず、しだいに用量が増えふらふらすることもあった。それでも毎日服用せずにはいられないという薬物依存の状態であった。当科へは血圧が高めで、内科を受診したついでに受診したという。体格はがっしり型で実証、不眠とイライラを強く訴えた。うつ病を示唆するような抑うつ気分、日内変動などは認めなかった。頭部CT、血液生化学検査など器質的には異常を認めなかった。イライラを中心とした神経症の症状が目立っていたために黄連解毒湯6.0g/日 分2投与を開始した。2週間後には、イライラも少し軽減し、入眠がスムーズとなった。4週間後にはさらにイライラが減り、熟睡感が得られるようになった。

考 察

神経症に相当する概念を、心身一如の東洋医学においては、気は乱れるが五臓の失調に至らない「傷気分」、五臓の失調状態を招来する「五臓不安」、さらに五臓そのものが障害され五臓の有する五神がおかされる「傷臓」として捉えている²⁾。神経症性のイライラは神経症性パーソナリティーを持ち、対人葛藤の解消が不十分な場合出現する。

黄連解毒湯は黄連1.5g、黄芩3g、黄柏1.5g、山梔子2gから構成され、イライラ・怒りっぽい・目の充血・のぼせ・不眠・多夢・不安などの脳の興奮症状(心肝火旺)に対して有用である。黄連解毒湯は比較的体力があり、のぼせ気味で顔色赤く、イライラする傾向のある不眠症、めまい、赤ら顔、炎症性皮膚疾患(発赤・熱感の強いもの)、アトピー性皮膚炎に用いる。

筆者は普段から神経が高ぶり、短気で怒りっぽい、イライラして落ちつきのない神経症に対して抑肝散加陳皮半夏を用いて有効率56.7%とすでに報告した¹⁾。そこで、今回、

表 症例一覧

症例	年齢(歳)	性別	イライラ以外の症状	効果	併用薬
1	33	男性	不眠・不安	有効	プロマゼパム、プロチゾラム
2	43	女性	不眠・抑うつ	無効	(-)
3	52	女性	不安・頭痛	有効	エチゾラム
4	24	男性	不眠・抑うつ	有効	プロチゾラム、エチゾラム
5	55	男性	不安・心氣的・高血圧	有効	エチゾラム
6	42	女性	不安・抑うつ	無効	エチゾラム
7	23	男性	不眠・アトピー性皮膚炎	有効	プロマゼパム
8	37	女性	不安・心氣的	無効	エチゾラム
9*	52	男性	不眠・妻への葛藤	有効	(-)
10*	49	女性	不眠・夫への葛藤	有効	(-)
11	39	女性	不眠・心氣的	無効	プロチゾラム
12	26	男性	不眠・アトピー性皮膚炎	有効	エチゾラム
13	41	男性	不眠・不安	無効	(-)
14	66	女性	不眠・心氣的	無効	(-)
15	21	男性	不眠・アトピー性皮膚炎	有効	プロマゼパム

*症例9、10は夫婦

イライラを主訴とし不安、不眠などを伴った中間～実証の神経症に対する黄連解毒湯の効果を検討した。本研究では15例中9例が有効以上であり、有効率は60.0%であった。通常、イライラを主訴とする神経症に向精神薬や精神療法を用いた臨床成績と比較しても遜色ない。

ベンゾジアゼピン系薬物をはじめとする向精神薬には、依存性の問題、中枢抑制作用や筋弛緩作用からくる運動機能や作業能力の低下の問題がある。その点、漢方薬による副作用の問題はほとんどないといってよい。今回は黄連解毒湯を用いたが全例において副作用は出現しなかった。「証」を十分に検討する必要があるが、黄連解毒湯を今後同様のケースに使ってみるのも有意義であると思われる。

最後に、黄連解毒湯エキスの顆粒剤や細粒剤は味覚の点から服用しにくいようであるが、錠剤であれば、アドヒアランスも良好になると考えられる。

おわりに

イライラを主訴とする中間～実証の神経症に対して黄連解毒湯が有効であり、漢方療法の有用性と安全性および神経症患者のQOLの向上を示唆するものと考えた。

【参考文献】

- 1) 篠崎徹: イライラを主訴とする神経症30例に対する抑肝散加陳皮半夏の効果, 漢方診療, 18 (2): 42-44, 1999
- 2) 木下徳久, 神庭重信: 精神科領域と漢方 -抑うつ・不安と漢方, 漢方と最新治療, 1 (2): 147-151, 1992
- 3) 高山宏世: 三考塾叢刊 腹証図解 漢方常用処方解説, 泰普堂, 1997

男性例に対する桂枝茯苓丸、 加味逍遙散、当帰芍薬散の使用経験 —長期に改善をみない慢性疼痛性愁訴に対する漢方治療—

慶應義塾大学医学部 救急医学(東京都) 田島 康介

器質的疾患を認めないものの慢性的な頭痛・肩こりなどの愁訴を有する男性患者では、更年期障害様症状を伴うことが多い。そこで、疼痛性愁訴を有する男性例17例を対象に、簡略更年期指数(SMI)に基づいて更年期障害に頻用される桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の効果を検討した。その結果、7割以上に改善効果が認められた。慢性的疼痛性愁訴と男性更年期障害とも呼ぶべき種々の自覚症状には何らかの共通した病態があり、さらにこのような患者には全人的に患者を診療する漢方医学的アプローチが有用であることが示唆された。

Keywords 慢性疼痛、不定愁訴、更年期障害、男性更年期障害、簡略更年期指数

はじめに

頭痛、肩こり、腰痛などの愁訴が長期間改善しないまま、ただ漫然と非ステロイド性消炎鎮痛剤(以下、NSAIDs)を処方されている患者は多々存在する。こういった慢性疼痛性愁訴には睡眠障害、食欲の異常、易疲労感などの随伴症状を伴うことが多く、一方では西洋医学的にはっきりとした病変を認めないことから、不定愁訴として扱われることも多い。以前われわれは、これらの愁訴が更年期障害の症状と類似していることに着目して、簡略更年期指数(SMI, 小山, 1992)¹⁾をもとに産婦人科領域ではなじみのある桂枝茯苓丸、加味逍遙散、当帰芍薬散の内、いずれかを処方する独自プロトコルを考案し(図1,2)、女性例に対する治療成績を報告してきた^{2,3)}。今回、男性17例においても本プロトコルを使用したのでその成績を報告する。

図1 簡略更年期指数(SMI)

症状	症状の程度(点数)			
	強	中	弱	なし
1 顔がほてる	10	6	3	0
2 汗をかきやすい	10	6	3	0
3 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0
4 息切れ、動悸がする	12	8	4	0
5 寝つきが悪い、または眠りが浅い	14	9	5	0
6 怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0
7 くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0
8 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0
9 疲れやすい	7	4	2	0
10 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0
合計				

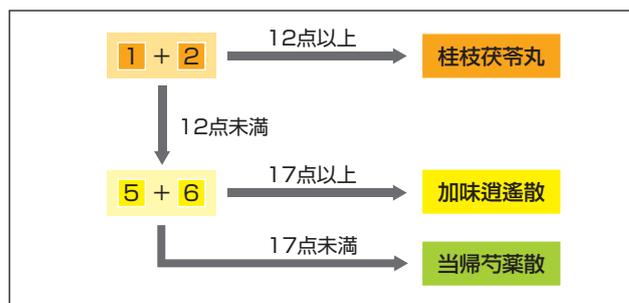
小山嵩夫 他: 産婦人科漢方研究のあゆみ, 9: 30-34, 1992(一部改変)

対象と方法

肩こり、頸部痛などの疼痛性愁訴の罹患期間は4ヵ月～15年であった。SMIの結果に基づき、その合計点数が35点以上の場合を治療対象とした。そして質問[1] [2]の合計が12点以上である患者に対しては桂枝茯苓丸エキス剤を、質問[1] [2]の合計が12点未満の患者でかつ質問[5] [6]の合計が17点以上の患者に対しては加味逍遙散エキス剤を、それ以外の患者に対しては当帰芍薬散エキス剤を処方した(図2)。

漢方服用開始後4週目の時点での治療効果を、自覚症状とSMIより判定した。自覚症状は漢方服用開始時点での症状を100として、自己採点で評価するpain scaleを用いた。なお、自覚症状改善率が25%未満を無効、25%以上50%未満をやや有効、50%以上75%未満を有効、75%以上を著効とした。

図2 SMIに基づく不定愁訴治療プロトコル



小山嵩夫 他: 産婦人科漢方研究のあゆみ, 9: 30-34, 1992(一部改変)

結果

17例ともSMIの合計点数が35点以上であったため、全例とも本プロトコルの対象となった。処方薬は、桂枝茯苓丸5例、加味逍遙散3例、当帰芍薬散9例であった。漢方薬投与開始後4週間での自覚症状(pain scaleにて評価)の改善率は10~90%(平均52.9%)であり、無効2例、やや有効3例、有効9例、著効3例と、有効率(著効+有効)は70.6%であった。SMIのスコアは39~72点(平均50.1点)が4週間後には27~66点(平均34.6点)に改善した($p < 0.05$)。

処方薬別では加味逍遙散の有効率が100%(3例中3例)と最も高く、当帰芍薬散が66.7%(9例中6例)、桂枝茯苓丸が60.0%(5例中3例)と続いた(図3)。

考察

長期間にわたって改善しない頭痛、肩こり、頸部痛などの疼痛性愁訴患者は、多くの場合、整形外科のみならず、内科、脳神経外科、女性であれば時には産婦人科などを受診し、各科でMRI、CT、エコーなど種々の検査ののち「異常なし」とされ、医療機関を転々としたり、長期にNSAIDsを服用していたりする。このような、器質的疾患を認めないものの長期に種々の症状を訴える患者の治療は難渋することが多い。このような患者ではNSAIDsを服用しても短時間しか効果が持続せず、またNSAIDsで全く効果がないのに服用を中止することによって症状が増悪することを恐れて服用し続けている例もしばしば見受けられる。

しかしながら、患者の訴えをよく聞くと、食欲の異常、hot flush、天候や女性では月経による症状の増減などの

図3 処方薬にみる男性更年期障害の治療成績

一般名	無効	やや有効	有効	著効	有効例 (有効率)
桂枝茯苓丸	1	1	2	1	3/5 (60.0%)
加味逍遙散			2	1	3/3 (100%)
当帰芍薬散	1	2	5	1	6/9 (66.7%)
Total	2 (11.8%)	3 (17.6)	9 (52.9)	3 (17.6)	12/17 (70.6%)

随伴症状があることが多く、45~60歳ごろの女性に見られる更年期障害の種々の症状と共通する点があることに気づかされる。このような背景からわれわれは更年期障害の間診票および更年期障害に頻用する漢方薬を適応した。そしてSMIをもとに更年期障害様症状の傾向がある患者を選別し、タイプ別に漢方薬を処方したところ、更年期以前の若年女性^{2,3)}のみならず今回のように男性例においても自覚症状およびSMIに改善が見られた。ただ単に頭痛や肩こりといった疼痛性愁訴だけでなく、同時にSMIに示されるような随伴症状も改善を示していることから、慢性的な疼痛性愁訴と、男性更年期障害とも呼ぶべき種々の症状との間には何らかの共通した病態があるものと思われた。

整形外科における診断・治療は西洋医学的アプローチが主流であり、漢方薬が処方される機会は少ない。しかし、今回の症例のように治療に難渋する疼痛性愁訴に対して漢方薬が有効なこともある。慢性疼痛疾患を扱うとき、局所の病変のみに注目するのではなく、全人的に患者を診察する漢方医学的なアプローチは、有用な治療の選択肢として十分に考慮に値するものと考えられる。

【参考文献】

- 1) 小山嵩夫: 不定愁訴と更年期指数, 産婦人科治療, 87 (3): 266-270, 2003.
- 2) 田島康介, 松村崇史, 佐々木孝ほか: 長期に改善をみない若年女性の整形外科的不定愁訴 一問診票を用いた漢方医学的治療一, 東日本整災誌17 (1): 22-25, 2005.
- 3) 田島康介, 佐々木孝, 山中一良ほか: 簡略更年期指数を用いた若年者の疼痛性愁訴に対する漢方治療, 産婦人科の実際, 54 (12): 2161-2166, 2005.

プライマリケアにおける皮膚疾患の 漢方治療 — 温清飲の活用 —

あかざわクリニック(ペインクリニック・内科)(栃木県) 院長 赤澤 訓

プライマリケアの診療では、難治性の皮膚疾患を有する患者に遭遇する機会が多い。西洋医学的治療では改善がみこめない症例に対しては、温清飲、十味敗毒湯、荊芥連翹湯や六味丸などを用いて漢方医学的にアプローチしている。これらの方剤の中で、温清飲はアトピー性皮膚炎の発赤・掻痒や瘀血性の顔面紅潮を改善させた。尋常性乾癬では、初回投与で温清飲の補血・清熱解毒作用を介した根治的な効果が得られた。

Keywords プライマリケア、皮膚疾患、漢方治療、随証治療、温清飲

はじめに

プライマリケア医として、一般内科や得意の痛みの診療に携わっていると、難治性の皮膚疾患で悩んでいる患者に遭遇する機会が多い。何年も通院したが良くならないアトピー性皮膚炎や息を呑むような乾癬病巣などである。

当院では、漢方薬が診療の一翼を担っていることから、改善の可能性があると判断される場合には同意の上、皮膚疾患にも漢方を適用している。よくみられる蕁麻疹、尋常性痤瘡、アトピー性皮膚炎や尋常性乾癬などに、十味敗毒湯、荊芥連翹湯、越婢加朮湯、六味丸や温清飲などで対応している。

これらの方剤のなかで、温清飲は血虚と血熱を病態とする疾患に適用される^{1, 2)}。本稿ではこの温清飲が奏効した3症例を提示する。

症 例

症例1：アトピー性皮膚炎(39歳 男性)

【現病歴】アトピー性皮膚疹(左側の下腿部)の感染創を漢方で治したいと来院した。この感染が抗生物質と十味敗毒湯で軽快したため、永年の悩みである本症の漢方治療を希望された。皮膚科での治療歴がある。

【皮膚の所見】顔面では前額部、とくに髪際の発赤が強く、丘疹が散在して頬部は紅潮していた。胸部から腹部、さらに背部の皮膚は乾燥して暗茶色を呈し、掻爬による発赤と癩癧性の痂皮が混在した。両側の肘窩は苔癬化しており、いずれの部位も痒みが強かった。

【漢方医学的所見】舌候では、舌質は淡紅色、舌体はやや小さく乾いた白黄苔がある。脈候は浮で滑。腹候では腹力はやや強く、左右の胸脇苦満と腹皮拘急がみられる。臍上

悸がわずかに触れる。

【治療経過】腹候から荊芥連翹湯(7.5g/日)を選択して十味敗毒湯(KB-6、6.0g/日)を併用したところ、6日後には局所の発赤と痒みが軽減した。強い発赤には軟膏(副腎皮質ホルモン合剤+尿素剤)を外用した。14日後には痒みはさらに軽減し、掻爬による出血で下着や寝具を汚すことがなくなったとよこばれた。一方で、顔面や胸部には発赤が残存した。腹診での心下痞硬から、温清飲(KB-57、6.0g/日)を選択して荊芥連翹湯(7.5g/日)と合方した。服用1ヵ月で発赤は軽快したが、乾燥と痒みが強くなったため、腹候の小腹不仁を目安に六味丸(7.5g/日)に変方して21日間服用した。痒みの軽減後、温清飲(KB-57、6.0g/日)と十味敗毒湯(KB-6、6.0g/日)の併用を再開した。この7ヵ月後には顔面の発赤はほぼ消失し、痒みは耐容できるレベルで推移している。

症例2：顔面の紅潮と湿疹(69歳 女性)

【現病歴】健診で高血圧を指摘され、頭痛も気になるために来院した。診察の際に、マスクを外していただくと、両側の頬部や口周囲が紅潮しており、頬部にはザラザラした乾燥性の丘疹と無数の細絡が生じていた(図1-A)。痒みはない。入浴後や夕刻には赤ら顔になるため、外出時にはマスクを着用する。皮膚科での治療歴がある。高血圧だけでなく、“真っ赤な顔”も治療することとなった。

【漢方医学的所見】手足や首周りが冷え、夏でも靴下を履く。便秘、口渇、肩凝り、イライラや睡眠障害がある。舌質は紫色で瘀点があり、乾いた黄白苔を有している。舌下静脈の怒張がある。脈候は沈弦で澁。腹候では腹力は中等度で臍上悸が触れ、左臍傍に少腹急結を呈した。

【治療経過】腹候などから、桃核承気湯(7.5g/日)を投与し、

図1 症例2



高血圧にはバルサルタン(80mg、1錠/日)を用いた。7日後には、顔面紅潮が軽減して皮膚が健全な色調に改善した。また、手足や首周りが温かくなり、便秘が解消された。その後、便が緩むため同方を減量(5.0g/日)して28日間服用したが、顔面紅潮は半減するにとどまった。この時点で心下痞鞭の腹候から温清飲(KB-57、6.0g/日)を併用すると、14日後には皮膚の色調、粗かさや細絡などが著明に改善した(図1-B)。その後は、本方と桃核承気湯(2.5g/日)とを併用し、四物湯や黄連解毒湯などを適宜加えて対応している。

症例3：尋常性乾癬(68歳 女性)

【現病歴】 来院の10日前に生じた腰痛の治療のために来院した。痛みは骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折に起因し、硬膜外ブロック、治打撲一方や消炎鎮痛剤が奏効して約7日で軽快した。初診から21日後、ご本人の依頼で左側足部の湿疹を診察すると、足部全体に広がる乾癬巣が確認された(図2-A、B)。発症から約14日後ほどで入浴後に痒みが増強した。治療歴はない。

【漢方医学的所見】 顔面はやや紅潮しており、血圧が高い(157/87mmHg)。冷え症で冬季にはしもやけができる。舌質は淡紅色で黄白苔が少量あり、やや胖大で湿潤している。脈候は浮滑。腹候では腹力は弱く、心下痞鞭と振水音がある。動悸や小腹不仁はない。

【治療経過】 血熱性の皮疹や腹候を手がかりに、温清飲(KB-57、6.0g/日)を選択し、外用剤(プロピオン酸アルクロメタゾン)を併用したところ、7日後に乾癬巣は劇的に改善し、痒みも消失した(図2-B)。左側の下腿前面に生じていた小さな乾癬巣も消失したが、この部位の痒みが残存するため、本方に四物湯や六味丸などを併用しながら治療を継続している。

図2 症例3



考 察

温清飲は、**症例1**と**2**では他剤との併用で、アトピー性の発赤・痒痒および瘀血性の顔面紅潮をそれぞれ改善させた。**症例3**では、温清飲の初回投与が乾癬巣をほぼ完治させた。**症例1**と**2**では、従来の西洋医学的治療は無効であり、漢方治療によって初めて満足すべき改善が得られた。

温清飲は『万病回春』が原典であり、清熱解毒剤として補血・清熱解毒の効果を発揮する。本方は、養血の四物湯(当歸、地黄、芍薬、川芎)と清熱解毒の黄連解毒湯(黄連、黄芩、黄柏、山梔子)の合方であり、三焦熱毒に血虚を伴う病態に適用される¹⁾。本方は、3症例のいずれにおいても、血虚による痒痒や血熱による紅潮・発赤に奏効したといえる。『先哲医話』(和田東郭の条)には、「老人の頑癬は、多く血液乾燥し、湿熱肌表に薫ずるに因る。故に温清飲を的治と為す。」と記されている³⁾。**症例3**では、本方はわずか7日で乾癬病巣への根治的な効果を発揮した。

本方の適用に際しては、舌質が紅絳で舌苔が少ない(白またはやや黄色)、脈が細数、腹候での心窩部や季肋下の緊張、腹皮拘急や下腹部の抵抗・圧痛などを目安とする^{1、2)}。皮膚乾燥、口渴、顔色のつやの欠如、血熱性の皮疹なども参考として、本方の証を四診にもとづいて確認することが肝要である。また、患者と良好な信頼関係を築いておくことも大切である。

【参考文献】

- 1) 神戸中医学研究会 編著: 中医臨床のための方剤学, 第1版, 医歯薬出版株式会社: 139-141, 2009.
- 2) 高山宏世 編著: 腹証図解 漢方常用処方解説, 第43版, 日本漢方振興会漢方三考塾: 88-89, 2008.
- 3) 長谷川弥人: 勿誤薬室「方函」口訣 釈義, 増補改訂版, 創元社: 381-383, 2005.

難治性痤瘡に対する十味敗毒湯(桜皮配合)の短期治療

— 治療開始時からの増量投与による検討 —

野本真由美スキンケアクリニック(新潟県) 野本 真由美

従来治療では治療困難な痤瘡に対して短期治療を行う目的で、桜皮配合の十味敗毒湯を治療開始時から通常量の1.5倍量である9.0g/日で3週間投与したところ、82%の改善率を認めた。また、駆瘀血剤から桜皮配合の十味敗毒湯へ変方した患者の改善率は87%であった。以上から、従来治療では治療困難な痤瘡に対して短期間で治療効果を出すためには方剤の適正量を考慮することも重要であり、治療開始時から桜皮配合の十味敗毒湯9.0g/日の投与は有用であると考えられる。

Keywords 桜皮、短期治療、難治性痤瘡、十味敗毒湯、増量投与

はじめに

十味敗毒湯は、江戸時代の外科医である華岡青洲によって「十味敗毒散」という名で作られた方剤である。この名が示すように、10種類の生薬を用いて毒素を排出させることを目的に考案された。その際に、「桜皮(ヤマザクラの樹皮)」は排膿作用を強めるために配合したとされる。その後、浅田宗伯は桜皮を樸楸(クスギの樹皮)に代え、「十味敗毒湯」とした¹⁾。このため、現在の医療用漢方製剤には製薬企業により、華岡青洲の処方による「桜皮」配合のエキス剤と、浅田宗伯の処方による「樸楸」配合のエキス剤が存在している²⁾。十味敗毒湯は化膿性皮膚疾患に適応があり、痤瘡、脂漏性皮膚炎、アトピー性皮膚炎、酒皰などに応用されている。また、2008年には「尋常性痤瘡治療ガイドライン(以下、ガイドライン)」に記載され³⁾、痤瘡に対する有用性が明らかになってきている。

痤瘡の発症メカニズムには、テストステロンが大きく関与していることが分かっており⁴⁾、特に月経前の痤瘡の悪化はテストステロンの影響が強いとされる。これを拮抗的に抑制するのはエストロゲンであり⁵⁾、このため低用量ピルで治療する例も増えてきている。しかし、服薬に抵抗のある患者も多く、むくみや体重増加といった副作用も懸念される。近年、「桜皮」による皮膚線維芽細胞からのエストロゲン産生誘導作用が報告され⁶⁾、桜皮配合の十味敗毒湯は、痤瘡に対して抗菌薬外用やアダパレン外用とは異なるアプローチが期待できる。竹村は、桜皮配合の十味敗毒湯を通常量6.0g/日投与では月経前に悪化する痤瘡の改善が十分でない症例に対し、通常量の1.5倍量を投与したところ、さらなる改善がみられたと報告している⁷⁾。よって、

桜皮配合の十味敗毒湯は増量することで効果が高まる可能性が示唆される。

当クリニックは美容皮膚科であり、すでに一般皮膚科で様々な治療を受けたものの効果不十分な患者が来院するため、短期での治療効果がより一層求められる。そこで今回、従来治療では治療困難な痤瘡に対し短期治療を目的に、治療開始時から桜皮配合の十味敗毒湯を通常量の1.5倍量である9.0g/日投与し、有用性を検討した。

対象と方法

2012年7～11月までに当クリニックを受診し、従来治療では治療困難な痤瘡患者71例に対して、クラシエ十味敗毒湯エキス細粒(KB-6)を9.0g/日で3週間投与した。なお、十味敗毒湯の証に合わないと思われる非常に虚弱な体質の患者は除外した。併用薬剤は、アダパレン外用を中心とし、一部の症例に対しミノサイクリン塩酸塩を数日間に限り投与した。

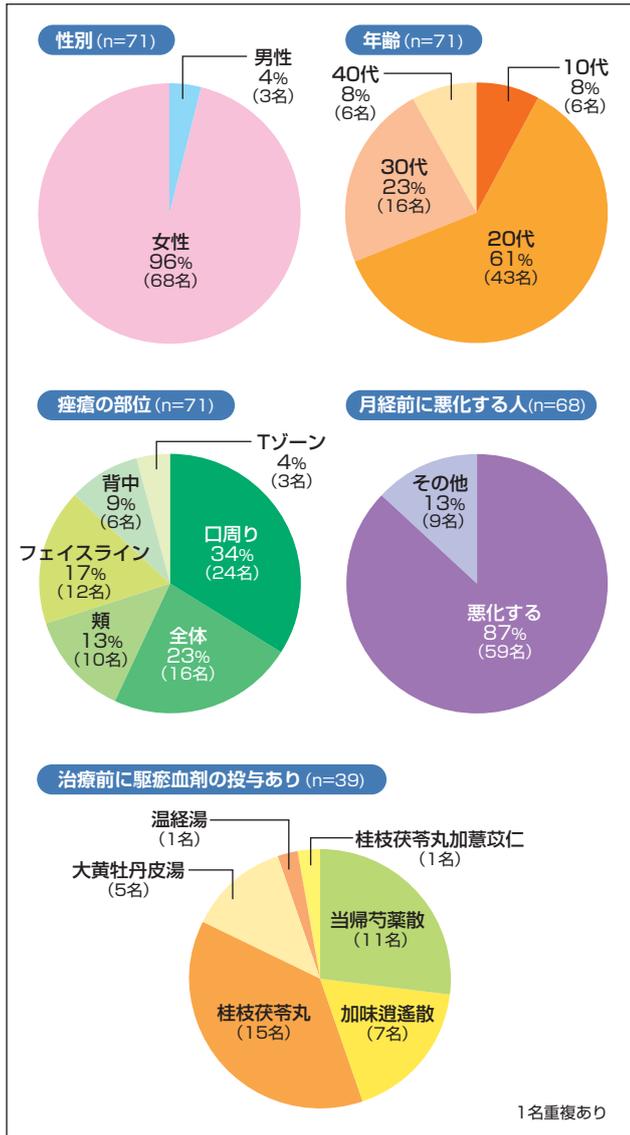
評価方法は、3つの項目「①皮疹数の減少、②再発率の低下、③再発しても治癒までの期間が短い」のいずれかの場合を「改善」とし、改善、不変、悪化の3段階で判定した。

結果

1. 患者背景

患者背景を図1に示した。性別は男性4%、女性96%であり、年齢は10代8%、20代61%、30代23%、40代8%であった。痤瘡の部位は口周り34%、全体23%、頬13%、フェイスライン17%、背中9%。Tゾーン4%であつ

図1 患者背景



た。女性68例のうち、月経前に痤瘡が悪化する例は87%、治療前に駆瘀血剤を投与していた患者は39例であり、方剤の内訳は当帰芍薬散11例、加味逍遙散7例、桂枝茯苓丸15例、大黃牡丹皮湯5例、温経湯1例、桂枝茯苓丸加薏苡仁1例であった。

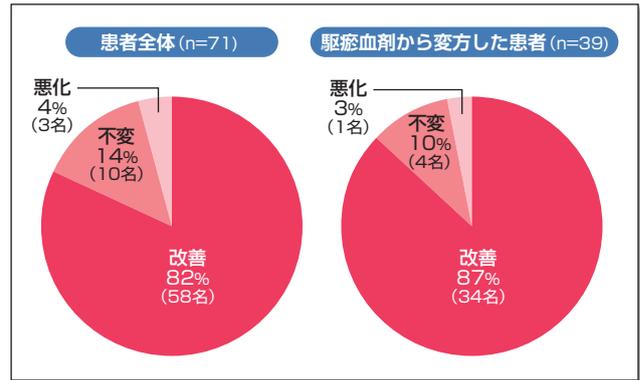
2. 痤瘡に対する桜皮配合の十味敗毒湯の改善度

痤瘡に対する桜皮配合の十味敗毒湯の改善度を図2に示した。患者全体では、改善82%、不変14%、悪化4%であった。また、駆瘀血剤から十味敗毒湯に変方した例では、改善87%、不変10%、悪化3%であった。十味敗毒湯に起因すると思われる副作用は認められなかった。

考察

従来治療では治療困難な痤瘡に対して桜皮配合の十味敗毒湯を治療開始時から9.0g/日投与したところ、3週間

図2 痤瘡に対する桜皮配合の十味敗毒湯の改善度



という短期間で82%の改善が認められた。一般的に漢方薬は、証を見定める必要性があると言われている。しかし今回、十味敗毒湯は基本的には証に拘らずに投与し、十分な効果を示したことから、使い易い漢方薬の1つといえる。

ガイドラインではテトラサイクリン系の抗菌内服薬が中等症以上の炎症性皮膚に強く推奨されている³⁾。しかし、少量でも継続的な使用は副作用の注意が必要である。今回、一部の症例で抗菌薬を短期投与したが、それによる皮膚の改善は一過性で再発しやすいため、投与日数を勘案し、効果判定時の改善は十味敗毒湯によるものと考えている。また、Williamらは、アダパレンとテトラサイクリン系内服薬の併用では、エンドポイント時(12週以後)の全般改善率は75.5%であると報告している⁸⁾。試験系が異なるために単純な比較は出来ないが、今回のアダパレン外用と十味敗毒湯を併用した場合、3週後の改善率が82%であったことは、十味敗毒湯は抗菌薬内服と同程度の効果を示すことが期待できると考えられる。

今回の対象は、多くが20~30歳代の女性であり、「月経前に悪化する例」87%、「口周り」の痤瘡は34%であった。女性の痤瘡には月経周期によるホルモン変調が大きく影響している。エストロゲンは生殖機能への作用だけではなく、皮膚にも多くの受容体(ERβ)を発現し⁹⁾、皮膚構造の維持に参与する⁶⁾。また、エストロゲンはテストステロンへの拮抗作用により皮脂分泌による痤瘡の生成を抑制するといわれている⁴⁾。一方、月経前は皮脂の分泌を亢進させるプロゲステロンが増加し、エストロゲンが低下するため、痤瘡が増悪するといわれている。20~30歳代にみられる思春期後痤瘡(アダルトニキビ)は、ホルモンの影響を受けやすい下顎部~頸部に痤瘡が生じることが多く、月経前の増悪があるといわれている¹⁰⁾。多忙な職業に就いている女性に多いとされ¹⁰⁾、アダルトニキビの原因には月経前症候群やストレスによるホルモン変調の関与が示唆される。また、駆瘀血剤からの変方では87%の改善が認められた。駆瘀血剤は月経前に悪化する痤瘡に頻用される処方である^{11~13)}。駆瘀血剤は証をみることで一定の

症例1 27歳 女性

投与前



投与後



治療経過

10代の頃は痤瘡なし。3年前から顔全体に大きな膿疱が散在。月経前悪化あり。漢方の投与歴なし。前医より外用抗菌薬で治療したが効果がみられず、当院を受診。

クリンダマイシン外用はそのままとし、KB-6 (9.0g/日)の投与を開始。3週後に著効した。投与開始2ヵ月目より6.0g/日に減量した。以前のような膿疱は出現せず徐々に跡も消失している。

効果を得られるが、特定部位の皮疹が残存するケースや、月経前の悪化・再発には効果が弱いケースがあると感じている。従来の痤瘡治療では、毛包漏斗部の角化異常および皮脂分泌の亢進に対する薬剤、*Propionibacterium acnes*の増殖に対する薬剤や駆瘀血剤が用いられているが、桜皮配合の十味敗毒湯は、痤瘡に対してエストロゲン産生誘導作用といった従来治療とは異なるアプローチができ^{6, 14)}、月経前症候群として痤瘡が悪化する症例や、ストレスによるホルモン変調が原因として考えられるアダルトニキビに短期間で効果を示したと考えられる。また、痤瘡瘢痕を改善した症例もあり、漢方薬により瘢痕まで治療できる可能性が示唆される。なお、悪化した症例には男性がおり、男性はテストステロンが女性に比べ圧倒的に多いため、桜皮のエストロゲン産生誘導作用が効きにくいことが考えられた。

痤瘡は治療経過を患者自身が視覚的に確認できることから、早期からの治療の効果発現が患者の治療意欲につながると思われる。そのためには、治療開始時における薬剤の適正量の使用が重要だと考えている。痤瘡の漢方治療は、一般的には長期服用しないと効果が得られない印象がある。また、効果不十分な後に増量するといった治療方法では、必要以上に時間がかかる可能性があり、患者負担が増える。しかし、本剤を治療開始時から高用量で投与することにより短期間で効果が認められた。また、飲み忘れのあった患者では症状の改善が遅く、完全服薬の患者では3週間後に廃薬となったケースもみられた。調査期間以降、症状改善により通常量6.0g/日に減量した患者もいた。こ

症例2 40歳 女性

投与前



投与後



治療経過

14歳のときに潰瘍性大腸炎を発症、メサラジン内服中。半年前から顔面に膿疱性痤瘡、右フェイスラインに大きな膿疱が出現。近医皮膚科で穿刺排膿、ミノサイクリン塩酸塩(以下、MINO)内服で略治したが大きな肥厚性瘢痕を形成、近医形成外科で治療は難しいと説明された。MINOをやめると、患部が痛み、腫脹するのでやめられないと当院受診。トレチノイン製剤外用、月経困難症と月経前の痤瘡悪化から当帰芍薬散、MINO(頓用)により月経痛は改善したが、2ヵ月してもMINOをやめると患部が痛み、腫れる。

外用剤はそのままでKB-6 (9.0g/日)に変更し、3週でMINO服用せず傷のうすくような痛みが消失。約2ヵ月継続し、傷は平坦化、痛みもなく、MINOも不要のまま現在に至る。

の場合でも月経前の痤瘡悪化例は減り、再発した例でも早い回復がみられている。以上のことから難治性の痤瘡に対して桜皮配合の十味敗毒湯9.0g/日が適正量であると示唆され、短期間で効果を十分発揮するためには治療開始時より高用量を投与し、症状の改善に応じて適宜減量することで治療効果を高めることができると考えられた。

【参考文献】

- 1) 安井廣迪: 処方紹介・臨床のポイント④ 十味敗毒湯, 実地医家のためのTHE KAMPO, 4: 28-29, 1999.
- 2) 堀田秀一: エキス漢方虎の巻, 丸善プラネット: 166-167, 2011.
- 3) 日本皮膚科学会ガイドライン策定委員会: 尋常性痤瘡治療ガイドライン, 日皮会誌, 118 (10): 1893-1923, 2008.
- 4) 相澤 浩: ホルモンと痤瘡, FRAGRANCE JOURNAL, 27 (8): 28-36, 1999.
- 5) 伴野規博: 天然由来原料によるニキビへの多角的アプローチ, FRAGRANCE JOURNAL, 35 (5): 36-41, 2007.
- 6) 目片秀明, 三崎 仁: 桜エキスの老化皮膚に対する有用性, FRAGRANCE JOURNAL, 34 (8): 42-47, 2006.
- 7) 竹村 司: 女性の尋常性痤瘡患者に対する十味敗毒湯(桜皮配合)の効果—十味敗毒湯増量投与の検討, phil漢方, 34: 18-19, 2011.
- 8) William J. C. et al.: J. Am. Acad. Dermatol., 49 (3): S218-226, 2003.
- 9) 井上 聡: 女性ホルモンの作用と作用機序, 日医雑誌128 (9): 1199-1203, 2002.
- 10) 飯島茂子: 痤瘡・にきび(皮膚科セミナー第76回) 毛包・脂腺系疾患, 日皮会誌, 121 (9): 1847-1854, 2011.
- 11) 久光正太郎 ほか: 漢方エキス剤—選び方・使い方—, 医歯薬出版: 90-91, 1994.
- 12) 小林衣子: 皮膚科東洋医学研究会編, 皮膚科における漢方治療の現況8, 総合医学社: 35-44, 1997.
- 13) 関 大輔: 疾患別の東西融合療法, メディカル朝日, 30 (9): 81-82, 2001.
- 14) 遠野弘美 ほか: 桜皮及び桜皮成分のエストロゲン受容体β結合能の評価, 薬学雑誌, 130 (7): 989-997, 2010.

性差医療・
女性外来・漢方

静風荘病院(埼玉県) 天野恵子

● はじめに — 女性外来の立ち上げ

2001年5月、性差を考慮した医療の実践の場として国内初の「女性外来」が、鹿児島大学医学部第一内科に立ち上がった。同年9月には、堂本暁子千葉県知事の医療施策の一環として千葉県立東金病院に女性外来が立ち上がり、私は千葉県における女性の健康施策の推進のため、2002年8月、東京水産大学保健管理センター教授を辞職し、千葉県立東金病院副院長 兼 千葉県衛生研究所所長として赴任した。堂本暁子氏は知事を2期務め、2009年3月に退任した。私も同時に千葉県を去り、埼玉県新座市にある静風荘病院に移った。その間の7年8カ月の間に、性差医療を推進するための多岐にわたる施策が次々と実行された。

● 性差医療 — 千葉県の7つの施策

①千葉県健康プラン21に「生涯を通じた女性の健康づくり」を盛り込む、②千葉県立病院ならびに医科大学附属病院等に予算を付け女性専用外来を開設(10カ所)、③千葉県健康福祉センター(保健所)における「女性の健康相談窓口」の開設、女性のための健康教室、保健医療従事者のための研修会、④保健医療従事者が一体となって、性差医療に取り組む市町村を巻き込んでの「健康応援団ジョイナス事業」、⑤男性の健康における問題点に対処するセミナーや相談窓口事業を行う「メンズ・ヘルスサポート事業」、⑥疫学調査として、a: 県民健康基礎調査・生活習慣に関するアンケート調査(2年ごと)、b: 健康増進及び疫学調査のための基本健康診査データ収集システム確立事業(それまで市町村が独自に行っていた老人健診では市町村比較が困難であった。その解決のため、千葉県衛生研究所に健康疫学研究室を立ち上げ、検査機関の検査データの標準化、判定基準の統一、データのIT化、衛生研究所へのデータの集約と解析を行い、県の健康施策へ反映させた)。この事業はその後、メタボ検診へとつながり、いまでは全県のデータが衛生研究所に集約されている。c: 鴨川おたっしや調査(高齢者の寝たきりや認知症の予防立案の資料作成を目指し、生活習慣と健康との関連を明らかにするための調査)、d: 子宮頸がんの若年化とHPV

(Human papillomavirus: ヒトパピローマウイルス)感染の実態調査。⑦健康生活コーディネータ事業として、「運動・精神保健・栄養」の3つの領域で、個人の健康づくりのメニューを提案できるプログラムを開発し、このプログラムを使って個人個人に合わせた健康づくりを担う「健康生活コーディネーター」を育成し、実際に市町村や民間事業者がモデル事業として実施するというもので、現在も続いている。

● 女性医療と東洋医学 — 漢方セミナーの実施

一方、女性外来を担当し、あらゆる世代の女性を診察するなかで、西洋医学ですべてが解決するものではないことに気づき、女性外来を「EBM、NBMを重視し、傾聴と西洋医学・東洋医学を駆使して、総合医療を行う外来」と位置づけ、2002年12月より「女性医療担当者のための漢方セミナー」を開始した。最初は、千葉県で女性医療に関心のある女性医師を対象として行い、講師は日本大学医学部附属板橋病院東洋医学科の木下優子先生であった。その後、セミナーを受講した医師の高い評価をいただいたことから、セミナーの全国展開を開始した。2002年度より「和漢薬を概説できる」という項目が取り入れられた医学教育モデル・コア・カリキュラムが開始され、漢方を正しく系統的に学びたいという女性医師の希望により、セミナーは入門(1回)、アドバンス(テーマごとに7回)、ステップアップ(毎年1回)と進む系統的な講義形式とした。受講者の中には日本東洋医学会の専門医が次々と誕生している。

● おわりに — 高齢者診療には東洋医学が必要

自分自身が70歳を迎えるにあたり思うことは、加齢に伴う症状には、その年齢になってみないと分からないという要素が強くあり、高齢者の診療には同世代の医師が当たるのがふさわしく、高齢者の医療・介護には、漢方に限らず、鍼、灸、気功、整体等広い範囲での東洋医学の参入が必要であるということである。



生薬陳皮の薬理作用

— 神経保護作用を中心に —

渡部晋平、範本文哲 (クラシエ製薬株式会社 漢方研究所)

はじめに

陳皮は補中益気湯、人參養榮湯、抑肝散加陳皮半夏、六君子湯など、多くの漢方処方に配合される重要な生薬のひとつである。陳皮は漢方薬原料として使用される量よりも、芳香苦味健胃薬として総合胃腸薬製造に供される量の方が多く、また香辛料用としても利用される¹⁾。最近、食用の天然資源として陳皮を含めた柑橘類果実は健康食品の機能素材としても注目されている。一方、天然由来の生薬の薬効を確保するには、その基原を明確にした上での薬理的な評価が極めて重要である。

これまでに陳皮の品質、化学および薬理に関するいくつかの研究が報告されているが²⁻³⁾、本稿では当研究グループがこれまでにやってきた陳皮の薬理研究成果のうち、近年注目を浴びている中枢薬理作用のひとつである脳神経細胞保護作用について結果を紹介する。

脳神経細胞に対する保護作用

神経細胞は、核が存在する細胞体とそこから伸びる樹状突起(dendrite)および軸索(nerve fiber, axon)と呼ばれる神経突起から構成されている(図1)。樹状突起は他の神経細胞からの情報を数多くのシナプス(synapse)を介して受け取り、これを統合処理した後、軸索を通じて次の神経細胞に伝える。従ってこれらの突起による神経回路網の構築が情報伝達において大きな役割を果たすと考えられる。

一方、アルツハイマー型認知症(Alzheimer's disease: 以下、AD)の初期症状である記憶障害や学習能力の低下は、脳内の神経細胞死よりも早期に起こり始める神経突起

の変性とシナプス減少が、起因のひとつであると言われている。富山大学和漢医薬学総合研究所の東田らの研究グループはこの神経突起の変性に焦点を当て、それを改善させることにより記憶障害を回復させる薬用植物や漢方方剤などを検討し、最近注目を集めている⁴⁾。

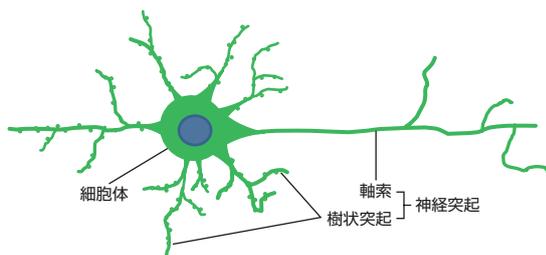
そこで我々はその研究グループの研究方法を参考に、陳皮エキスの脳神経保護作用を検討した。すなわちADの病因とされる神経毒性のあるアミロイドベータ蛋白(amyloid β protein: 以下、A β)を用いて、これをラット由来大脳皮質神経細胞へ添加することによって誘発される、神経突起の萎縮と細胞数の減少に対する陳皮エキスの作用を免疫染色法(神経細胞の形態観察法)とMTT法(生細胞の活性を評価する方法)を指標として評価した。

図2Aの写真に示したように、四方八方に伸張した神経突起や数多くの生細胞を確認できる正常脳神経細胞と比較し、A β (25-35)を添加した場合には神経突起が顕著に萎縮し、さらに神経細胞数も著しく減少した。それに対して陳皮エキス(5~20 μ g/mL)を添加することにより、濃度依存的にその神経突起の萎縮および細胞生存率の減少(図2B)を抑制した。なお陳皮エキスの添加のみでは正常脳神経細胞の形態および生存率への影響は見られなかった。このことから、陳皮は神経細胞の形態および機能を保護するのではないかと考えられる。なおここで述べた陳皮はウンシュウミカン(*Citrus unshiu*)に由来するものであったが、マンダリンオレンジ(*C. reticulata*)に由来する陳皮にも同様の活性が認められた(data not shown)。

陳皮エキスおよびその成分による中枢神経への効果に関しては、近年多数の報告がある。我々の実験系で用いた大脳皮質神経細胞以外に、山國らの研究グループでは、初代培養海馬ニューロンを用いたA β 誘発性のシグナル伝達障害に対する効果を検討し、陳皮の化学成分のひとつであるnobiletinに神経障害抑制効果があることを見出した。さらにAD病態モデル動物の記憶障害に対するnobiletinの改善作用も確認された。現在はこの成分を応用した機能性食品の開発にも積極的に取り組んでおり⁵⁾、今後の動向から目が離せない。

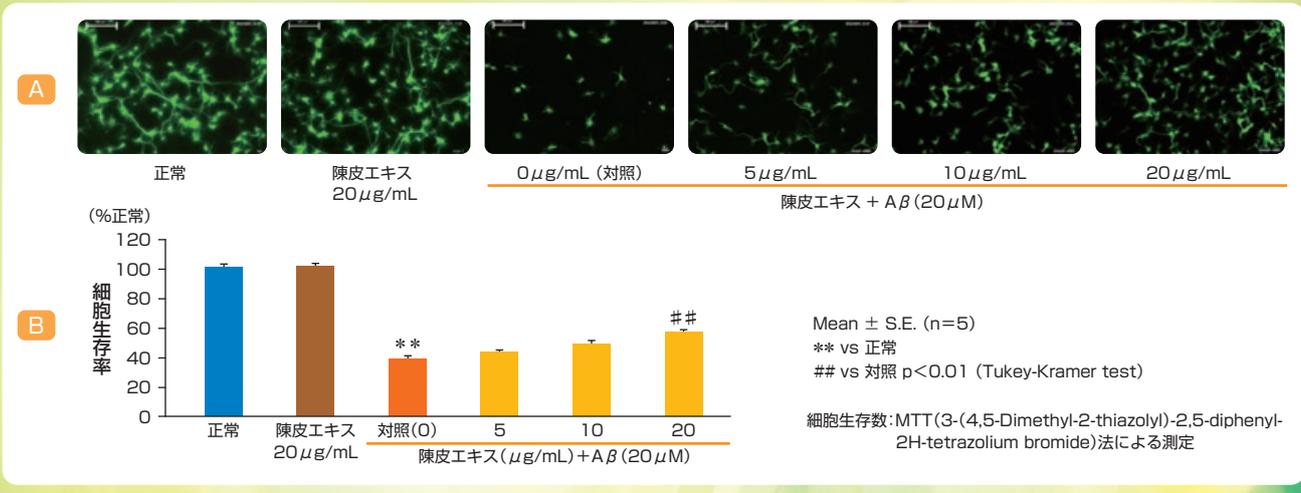
またSatoらの研究グループでは、老化・加齢による中枢神経系での髄鞘(ミエリン)の減少に着目しており、*in vitro*での試験と共に*in vivo*の老齢実験動物において、陳皮の主成分であるhesperidinやnarirutinが、脳の老化に

図1 神経細胞(ニューロン)の基本構造



- 1) 樹状突起は入ってくる信号を受け取るニューロンのアンテナとして働く
- 2) 軸索はニューロンの出力を伝える“電線”のような役割をする

図2 Aβ (25-35) による神経細胞突起の萎縮(A)および細胞生存率減少(B)に対する陳皮エキスの抑制作用



関連するミエリンの再形成促進作用をもつことを見出した⁶⁾。ミエリンの再形成を促進することにより、これに関連する老年認知症や多発性硬化症などの神経疾患の予防、改善にも陳皮が役立つ可能性を示唆している。

さらにこれらの研究は国内のみではなく、他の国においても広く実施されており、韓国のChoらの研究グループでは、hesperidinおよびそのアグリコンであるhesperetinを初代培養ラット大脳皮質神経細胞に用い、Aβ (25-35) またはNMDA (N-methyl-D-aspartic acid) 誘発神経細胞死に対する保護作用を検討した。その結果、hesperetinのみがAβ (25-35) 誘発神経細胞死に対する保護作用があることを明らかにし、またNMDA誘発神経細胞死に対しては、どちらの成分も抑制活性を示したが、その活性はhesperetinの方が強いという結果が得られている⁷⁾。興味深いことに、化学構造上でフラバノン配糖体のhesperidinは、その糖部分(β-rutinoside)が外れると、アグリコンのhesperetinになる。すなわちhesperetinはhesperidinの加水分解物として考えてもよい。またLeeらは、hesperidinをヒトの腸内細菌と一緒に培養した結果、主な代謝物がhesperetinであることを明らかにしている⁸⁾。ちなみにhesperetinは*in vitro*の血液脳関門(BBB)モデルを用いた検討により、BBBを透過することが確認されているため⁹⁾、脳内での薬理作用が期待される化合物である。

実際に我々の研究グループにおいても、マウスの高架式プラットホーム試験法を用いた不安状態の評価を行ったと

ころ、hesperetinはhesperidinよりも強い抗不安作用を示す結果が得られた(現在投稿中)。陳皮にはhesperidin、narirutin、naringinのような多数の配糖体が含まれ、今後さらなる体内動態および解析研究が必要である。

このように陳皮エキスは中枢神経系に対する様々なアプローチから薬理作用を有することが明らかとなり、古くから重宝されてきた薬用の陳皮が、高齢化やストレスなどから引き起こされる精神・神経系疾患が社会問題となっている現代においては、有望な抗精神疾患素材と成り得る可能性が期待でき、今後のその効果に関して、さらなる科学的根拠の蓄積が必要である。

おわりに

本稿で述べたこれまでの研究は、*in vitro*での実験または実験動物での結果に限られたものが多く、それぞれの実験系によって見出された活性成分が異なることや、さらにそれら活性成分の生体内動態に関する研究が少ないなど、陳皮に関する基礎研究は決して十分とは言えない。そのため現在我々の研究グループでは、漢方処方における陳皮配合の意味合いを含めて、化学・薬理の両面から研究を推進している。

最後に、古代から先人たちは柑橘類果実の果皮のみではなく、その種子、根、葉すべてを薬用としてきた。これは人間の知恵と言うより、自然が人間に与えた最高の贈り物と考えても良いのではないだろうか。

【参考文献】

- 1) 西本和光: 呉茱萸・陳皮の品質, 現代東洋医学, 5(3): 55-60, 1984.
- 2) 三川 潮: 陳皮の薬理・化学・生化学, 現代東洋医学, 5(3): 55-60, 1984.
- 3) 土田貴志ほか: 柑橘類生薬の基源と品質に関する研究(第4報) 日本及び中国産「陳皮」, 「青皮」, 「枳実」, 「枳殼」, 「橙皮」の基源について, Natural Medicines, 51(3): 231-243, 1997.
- 4) C. Tohda, et al.: Search for natural products related to regeneration of the neuronal network, Neurosignals, 14(1-2): 34-45, 2005.
- 5) 山國 徹ほか: 陳皮の抗認知症成分nobiletinの薬理作用とその機能的食品開発への応用, 日薬理誌, 132(3): 155-159, 2008.
- 6) N. Sato, et al.: Administration of Chinpi, a Component of the Herbal Medicine Ninjin-Youei-To, Reverses Age-Induced Demyelination, eCAM, 2011: ID617438, 9, 2011.
- 7) J. S Cho: Antioxidant and neuroprotective effects of hesperidin and its aglycone hesperetin, Arch Pharm Res, 29(8): 699-706, 2006.
- 8) N. K Lee, et al.: Antiallergic activity of hesperidin is activated by intestinal Microflora, Pharmacology, 71(4): 174-180, 2004.
- 9) K. A Youdim, et al.: Interaction between flavonoids and the blood-brain barrier: in vitro studies, J Neurochem, 85(1): 180-192, 2003.

これからの日本人に必要な漢方薬は 六君子湯

国家公務員共済組合連合会 東北公済病院 消化器内科 千葉 真美 先生



1998年 明治薬科大学薬学部 薬劑学科 卒業
2004年 宮崎大学医学部 医学科 卒業
同 年 東北大学病院 初期研修
2006年 国家公務員共済組合連合会 東北公済病院
消化器内科勤務 現在に至る

仙台市の中心地に位置する国家公務員共済組合連合会 東北公済病院は、地域の中核病院として住民の出生、成長から健康を維持しながら人生を過ごすための幅広い診療機能を有した病院である。同院消化器内科の千葉真美先生は、内科医としてだけでなく、院内の漢方診療のすべてを担っておられる。

「東北地方における漢方治療は教科書どおりにはいかない」とおっしゃる千葉先生に、同院における漢方診療の実際、さらにはこれからの日本人の漢方治療のあり方まで幅広く伺いました。

外科系を中心に地域医療に貢献

当院は1951年、国家公務員とそこご家族に医療を提供する目的で設立された、歴史ある病院です。現在は地域の中核病院としての役割を担っています。

320床の中規模病院ですが、外科系の診療体制が非常に充実しています。勤務医は外科系38名、内科系8名、小児科4名であり、たとえば乳腺外科の年間手術件数は450件以上と全国でも五指に入りますし、その他の診療科における手術件数も非常に多いことが特徴です。また、分娩数は年間1,200件以上あり、これだけを見ても大規模病院並みの機能を有していると言えます。

内科では通常の内科診療に加え、術前検査・術後管理、また妊産婦の内科的治療も受け持っています。他診療科との連携は非常に密であり、私も内科的治療や漢方診療の依頼があれば柔軟に対応しています。

消化器内科医・一般内科医、そして漢方専門医として

私は消化器内科医として内視鏡検査やERCP(内視鏡的逆行性胆道膵管造影)などの内視鏡治療も行いつつ内科全般、さらには漢方専門医として診療しています。また、女性内科医が私一人ですので、他診療科で治療に難渋している若い女性の診療の依頼も受けています。

特に漢方診療については、患者さんのご要望、医師や看護師からの依頼に応じて、診療をお引き受けしたり、あるいは併診するなど、患者さんの状態に合わせて診療しています。実際の依頼は、妊産婦の反復性の喘息発作やめまい、風邪などさまざまです。また、当科ではがん患者さん

の術後に化学療法を施行することも多く、化学療法による吐き気や手足のしびれなどの治療にも漢方薬を活用しています。

東日本大震災の爪痕

2011年3月11日は、私たちにとって忘れることのできない日になりました。何が変わったかと一言でいえば、「今まで細くつながっていたものがすべて壊れてしまった」と感じています。必ずしも豊かとはいえない地方で皆さんが細々と構築してきたあらゆるものが崩壊しました。

当然ながら、受診患者さんにも変化がありました。震災直後から乾パンなどわずかな食料で飢えを凌ぐ生活を強いられていた方々の中に、食欲はあるのに食べることができない、あるいは胃痛を訴える患者さんが多くいらっしゃいました。また、震災数日後に東京から届いた菓子パンを食べて胃が疲れてしまった患者さんもいらっしゃいました。このような患者さんには、六君子湯が非常に有効でした。

また、不眠やイライラを訴える患者さんも多く、そのような患者さんには抑肝散が、元気のない女性の不眠などには補中益気湯や四君子湯など、震災後にリバウンドで糖尿病が悪化した方(肥満)には防風通聖散も有効でした。

教科書の記載どおりの処方では満足できる効果が得られない

仙台に来てから半年間は、教科書の記載どおりに漢方薬を処方しても効果が得られず苦戦していました。たとえば、補中益気湯や十全大補湯を処方しても効果が得られなればかりか、人参の作用が強くと出すぎてムカムカ感や血圧

表 東北公済病院における主な汎用処方と使用疾患

主な汎用処方	疾患
六君子湯	胃痛・食欲不振などの胃腸障害、術後の体力低下、冷え
小青竜湯	妊産婦のアレルギー性鼻炎、反復性気管支喘息発作
葛根湯加川芎辛夷	妊産婦のアレルギー性鼻炎
大建中湯	術後のイレウス
小建中湯	過敏性腸症候群
防風通聖散	糖尿病患者の血清脂質異常(肥満)、便秘
防己黄耆湯	糖尿病患者の血清脂質異常(肥満)、水毒によるめまい
抑肝散	不眠・イライラ感
半夏白朮天麻湯	水毒によるめまい
半夏瀉心湯	がん化学療法に伴う吐き気
牛車腎気丸	がん化学療法に伴うしびれ

上昇などの副作用が発現してしまうのです。その理由にははっきりとはわかりませんが、東北の人たちに特有の体質があると考えています。東北地方で質素な食事を摂取する機会が多い環境下で生き抜いた、その遺伝子が今に生きているのではないかと考えています。

実際に、典型的な補剤である補中益気湯や十全大補湯よりも、少し軽めの六君子湯を処方する頻度が非常に多く、しかも効果を実感します。胃腸障害を有する患者さん、夏場に冷たいものの摂りすぎで胃腸障害をきたした患者さん、また術後の体力回復など、六君子湯を用いる機会は非常に多いと言えます。それ以外の汎用処方としては、糖尿病患者さんでコレステロール高値に防風通聖散や防己黄耆湯、術後イレウスに大建中湯、過敏性腸症候群に小建中湯などがあります。

過敏性腸症候群の第一選択は一般的に桂枝加芍薬湯とされていますが、副作用が出現すると患者さんは漢方薬の服用を敬遠されるので、作用の穏やかな小建中湯から治療を開始します。便秘も同様で、防風通聖散から治療を開始し、患者さんの状態に応じて強い処方に変えていきます。

冷えを訴える患者さんにはまず、六君子湯で身体の中から温めます。実際に患者さんのお腹を触り、明らかに冷えていれば六君子湯は非常に有効です。

また、日本という湿度の高い国土の中で、東北地方は寒冷地です。そうした気候風土による水毒が非常に多いのが特徴です。水毒に伴うめまいも多く、半夏白朮天麻湯や防己黄耆湯が有効です。

これからの日本人には六君子湯が求められる

若い女性の食生活は昔に比べて随分と変化しました。ペットボトル飲料や乳製品、生野菜や刺身などの「寒、湿」の飲食物を非常に多く摂取しており、それによる身体の不調を訴える患者さんが多くいらっしゃいます。このような患者さんには食事指導に加え、六君子湯を処方しています。しかも六君子湯をお湯に溶かし、蜂蜜を混ぜて服用していただきます。また、若い女性に限りませんが、ビールや冷酒

の飲みすぎでお腹が膨れ、げっぷが出ない、このような患者さんも六君子湯で改善します。

これは、東北地方に限ったことではありません。コンビニエンスストアが全国各地に普及した結果、「寒」の食品が多く出回り、簡単に入手できます。しかも環境因子として「湿」がある上に、冷えた水分を過剰に摂取するため湿邪が胃腸障害やめまいの原因となっています。これからの日本人に不可欠な漢方薬は六君子湯である、といっても過言ではないと思っています。

薬学部から医学部へ

漢方との出会いは、薬学部で学んだ生薬学や薬用植物学に対する学問的興味だったように思います。その後、入学した医学部では漢方サークルに入り、また漢方調剤を多く扱っている薬局でアルバイトをしていました。

さらに当時、カネボウ薬品(株)主催の「湯の山セミナー」(医学生のための漢方医学セミナー)にも参加して中医学を勉強しました。湯の山セミナーでは、まず西洋医学をしっかり学んでから漢方を学ぶことの重要性を教えられ、私も医師になってからの5年間は漢方の勉強を封印して消化器内科を中心に西洋医学の勉強に没頭しました。

これから漢方を勉強しようと思っておられる若い先生方にも、まずは西洋医学を十分に使いこなすことができるようになってから漢方を勉強されることを、私の経験からお勧めします。

東北地方で漢方を広めたい

仙台に赴任して驚いたのは、東北地方における漢方があまりに低調だということでした。先ほどもお話しした東北人の体質的な特徴があるために、教科書の記載どおりに漢方薬を処方しても満足できる効果が得られないことがその理由の一つかもしれません。

しかし、漢方治療によって救われる患者さんは多くいらっしゃいます。漢方を理解されると診療の幅が広がりますし、さらに一人でも多くの患者さんが救われると思います。東北地方でも漢方診療が盛んに行われることを願い、私も是非、そのお手伝いをさせていただきたいと思っています。



Kracie



twice or three times a day 選べるやさしさ



スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

クラシエ医療用漢方専門ウェブサイト「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。 2009年10月作成